

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RESULTADOS PSICOTERAPÊUTICOS INTERMÉDIOS NO
QUOTIDIANO:**

**UM ESTUDO QUALITATIVO DE MECANISMOS DE MUDANÇA COM
RECURSO A CENÁRIOS RELEVANTES PARA O *SELF***

Patrícia Filipa Feliciano Maia

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-
Comportamental e Integrativa)

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RESULTADOS PSICOTERAPÊUTICOS INTERMÉDIOS NO
QUOTIDIANO:**

**UM ESTUDO QUALITATIVO DE MECANISMOS DE MUDANÇA COM
RECURSO A CENÁRIOS RELEVANTES PARA O *SELF***

Patrícia Filipa Feliciano Maia

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Nuno Miguel da Silva Conceição

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-
Comportamental e Integrativa)

2014

Agradecimentos

Na estação final desta longa caminhada, quero deixar o meu obrigado, sentido de corpo e alma:

Ao Professor Nuno Conceição,
pela inspiração e transmissão de conhecimentos e gosto pela investigação.

À Dra. Ana Sousa e aos membros da *Psínove*,
por terem recebido tão bem o meu projeto.

A todos os Terapeutas
que me ajudaram na divulgação do projeto e motivaram os seus pacientes para
este desafio.

A todos as pessoas conhecidas e desconhecidas
que de alguma forma divulgaram e deram a conhecer o meu questionário.

A todos os participantes
que responderam ao questionário e aceitaram o desafio de partilhar as suas
conquistas!

Às minhas colegas,
Catarina Luz, Joana Teixeira, Joana Florêncio, Caroline Martins e Angélica
Mesquita por termos partilhado o mesmo barco, pela boa disposição e gargalhadas das
9h às 18h, pelas palavras de motivação nas horas de pausa e pela ajuda indispensável.

À Carolina, à Sara, à Inês e à Filipa,
que mesmo fora do mesmo barco, por tudo o que me deram e ensinaram, só
poderiam estar aqui.

À Luzinha,
por cada um dos “buongiorno principessa!”, envoltos de borboletas de mil cores!

À minha Márcia,
pelos momentos de “poltrona”, pelos abraços de tranquilidade e sorrisos de
conforto.

Ao meu Dani,
pelos cinco anos de amizade incondicional, de paciência e boas memórias e por
teres sido o maior e melhor companheiro de loucuras e devaneios.

Aos avós, tios e primos,
por juntos sermos a melhor e mais completa família do mundo.

À Mãe, ao Pai, ao Mano e à Filó,
por serem os meus pilares e o meu porto de abrigo, por serem o lugar para onde
irei sempre voltar e por me darem o melhor deste e de todos os mundos!

Sem vocês nada seria possível!

“A capacidade que temos para manobrar o mundo complexo que nos rodeia depende desta possibilidade de apreender e de recordar” (pp. 169) (Damásio, 2010)

RESUMO

Uma das abordagens mais recentes da investigação em psicoterapia tem-se centrado nos mecanismos de mudança, que, segundo Doss (2004), constituem capacidades e modos competentes adquiridos e/ou potenciados por parte dos pacientes para lidar com a vida (quotidiana). Assumem por isso um carácter mais estrutural permitindo compreender como ocorre a mudança nos pacientes à medida que vão promovendo o seu crescimento psicológico.

O objetivo geral, desta dissertação é explorar e identificar estas capacidades de processamento ou modos competentes adquiridos por pacientes atualmente em terapia, que permitem enfrentar os desafios do seu dia-a-dia de forma mais satisfatória.

Para tal foi construído um instrumento de avaliação, o IACEP (Instrumento de Avaliação de Capacidades de Processamento), que combina a apresentação de cenários relevantes para o *self*, com a ativação emocional e questões de resposta livre. Os dados foram recolhidos numa amostra de 16 participantes, maiores de 18 anos e atualmente em psicoterapia.

Os resultados revelaram que a utilização de cenários e a promoção da ativação emocional permitiu a partilha de material significativo por parte dos participantes. Através da análise temática encontraram-se dois grandes grupos de capacidades: *capacidades já adquiridas*, cujas categorias mais relevantes são *atribuição de novos significados à experiência* e *ampliação da consciência da experiência*; e *capacidades orientadas para o futuro*, cuja categoria mais relevante é *expressão de desejos e necessidades*.

Conclui-se que os pacientes atualmente em terapia são capazes de descrever as conquistas e as mudanças tal como se revelam fora das suas sessões, na gestão de acontecimentos quotidianos emocionalmente stressantes. Finalizando, discute-se no contexto da literatura sobre mecanismos de mudança, a possibilidade destas capacidades refletirem mecanismos de mudança transteóricos que podem ajudar a explicar o resultado final.

Palavras-chave: mecanismos de mudança; integração; capacidades de processamento; cenários relevantes para o *self*; perspetiva dos pacientes.

ABSTRACT

One of the most recent approaches in psychotherapy research is focusing on Change Mechanisms that, according to Doss (2004), constitute acquired and/or enhanced capacities and skillful means patients use when dealing with (daily) life. They are of structural nature, which allows us an understanding about how patient's change occurs when they strive for psychological growth.

The general goal of this thesis is to explore and identify these processing capacities or skillful means acquired by patients currently in therapy, which help them face everyday challenges in a more satisfying way.

For that aim, an assessment tool, the IACEP (Assessment Instrument of Structural Processing Capacities) was built, which combines the presentation of self-relevant vignettes or scenarios, facilitation of emotional arousal and open-ended questions. Data was collected from a sample of 16 participants, over 18 years old, currently in psychotherapy.

Results show that the presentation of scenarios and the promotion of emotional arousal allowed participants to share meaningful material.

Using Thematic Analysis, two main groups of capacities were found: *acquired capacities*, with *giving new meaning to the experience* and *increased awareness of experience* as the most relevant categories; and *future oriented capacities*, with *wishes and needs expression* as the most relevant category.

In conclusion, it seems that clients currently in therapy are capable of describing their achievements and changes as they are revealing themselves outside their sessions when facing daily-life emotionally stressful events.

Finally the possibility of these capacities may be reflecting transtheoretical change mechanisms, which help to explain final outcome is discussed in the context of the literature on change mechanisms.

Key-Words: change mechanisms; integration; processing capacities; self-relevant scenarios; clients' perspective.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
1. RESULTADOS FINAIS E EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA: A ABORDAGEM TRADICIONAL.....	3
2. PROCESSOS E MECANISMOS DE MUDANÇA: UMA ABORDAGEM INTEGRADORA DA INVESTIGAÇÃO (EM MUDANÇA) EM PSICOTERAPIA.....	7
3. OS MECANISMOS DE MUDANÇA ENQUANTO RESULTADOS INTERMÉDIOS.....	8
3.1. Investigação em mecanismos de mudança	12
3.2. Utilização de cenários e vinhetas na avaliação da mudança: fundamentos metodológicos.....	14
3.3. Relevância da ativação afetivo-emocional através de Cenários: da teoria à prática	16
II. QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	19
III. METODOLOGIA.....	20
1. Método de Investigação.....	20
2. Participantes e Caracterização da Amostra	21
3. Instrumentos utilizados.....	22
4. Procedimento de Recolha de Dados	25
5. Procedimento de Análise de Dados	26
IV. RESULTADOS	28
1. Descrição dos Resultados.....	28
V. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	Erro! Marcador não definido.
REFERÊNCIAS	55

ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E ESQUEMAS

Esquema 1: Árvore de categorias para a descrição dos cenários.....	34
Esquema 2: Árvore de categorias de capacidades estruturais de processamento: Grupo <i>Capacidades já adquiridas</i>	43
Esquema 3: Árvore de categorias de capacidades estruturais de processamento: Grupo <i>Capacidades já adquiridas</i>	47
Gráfico 1: Distribuição das frequências de codificação e do número de fontes (participantes) codificadas pelas categorias de descrição dos cenários.....	34
Tabela 1: Dados demográficos dos participantes e estatísticas descritivas.....	Anexo C
Tabela 2: Cenários Ativadores escolhidos pelos participantes e respetivo número de referências de codificação.....	31
Tabela 3: Cenários Ativadores escolhidos pelos participantes, níveis de ativação estatísticas descritivas	Anexo D
Tabela 4: Categorias de <i>Capacidades já adquiridas</i> e respetivo número de referências de codificação e número de fontes codificadas.....	Anexo E
Tabela 5: Categorias de <i>Capacidades orientadas para o futuro</i> e respetivo número de referências de codificação e número de fontes codificadas.....	Anexo F

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Conjunto dos 19 cenários do TCQ (Vítor, 2009) e do IACEP (Maia e Conceição, 2014)

Anexo B- Instrumento de recolha de dados – Versão utilizada na plataforma *online*

Anexo C- Tabela 1: Dados demográficos dos participantes e estatísticas descritivas

Anexo D - Tabela 3: Cenários Ativadores escolhidos pelos participantes, níveis de ativação estatísticas descritivas

Anexo E - Tabela 4: Categorias de Capacidades já adquiridas e respetivo número de referências de codificação e número de fontes codificadas

Anexo F - Tabela 5: Categorias de Capacidades orientadas para o futuro e respetivo número de referências de codificação e número de fontes codificadas

INTRODUÇÃO

O conhecimento secular acerca da compreensão da mudança permite afirmar que este fenómeno é indissociável da natureza do ser humano. No geral, sabe-se que, de dimensões biológicas, a dimensões cognitivas, emocionais e comportamentais, cada indivíduo não se mantém o mesmo, quer ao longo da vida, quer nas vivências diárias mais imediatas e restritas.

Cada uma das etapas da vida humana, desde o nascimento até à morte, é caracterizada por um número infindável de alterações e fazem parte do que na psicologia se conhece por Desenvolvimento.

Baltes (1987) defende que o desenvolvimento pode ser conceptualizado pela ocorrência ao longo da vida, pela multidimensionalidade e multidireccionalidade e pela plasticidade, implicando ganhos e perdas, num contexto espacial e temporal

Partindo desta definição pode-se aproximar o conceito de mudança da psicoterapia ao fenómeno generalizado do desenvolvimento humano, considerando também a mudança psicológica como um processo plástico, multidimensional e multidireccional, que ocorre ao longo da vida, sobre um espaço e um tempo, com ganhos e perdas.

Desde os primórdios da psicoterapia que a mudança tem sido uma das preocupações centrais, para clínicos e cientistas.

Sendo indissociável do indivíduo, e porque a psicoterapia é feita por e para indivíduos, tornou-se também indissociável da investigação e da prática da clínica.

Quando indivíduos procuram a psicoterapia, está implicada na decisão a insatisfação com determinadas dimensões do seu funcionamento e da sua vida e o desejo de modificação do estado onde e como se encontram, no sentido de uma constante atualização e otimização do seu potencial. Mesmo aqueles que estão satisfeitos podem também procurar para aumentar ainda mais esses níveis de satisfação com a vida que vivem.

Para tal, procuram a ajuda de terapeutas que tentam guia-lo para a transformação pretendida. É nisto que se traduz o sucesso do processo psicoterapêutico. Deste modo, pacientes e terapeutas orientam-se para um objetivo comum: a *Mudança*.

Historicamente, a investigação da mudança em psicoterapia tem tido diferentes focos, nomeadamente nos resultados finais (talvez a abordagem mais tradicional), ondem surgem perspectivas que se referem aos resultados como a exclusiva redução de

sintomas associados a uma perturbação (Eysenck, 1952) e outras que definem resultados como a melhoria nos sintomas aliada à promoção do funcionamento, relacionando-o com o bem-estar, e considerando a pessoa como um todo (Strupp, 1963; Orlynsky, Rønnestad, e Willutzki, 2004, Crits-Christoph, Connolly Gibbons, e Mukherjee, 2013).

Paralelamente a este foco, começa a surgir alguma investigação que tenta relacionar os processos com os resultados das sessões (investigação *process-outcome*) (Orlynsky, Rønnestad, e Willutzki, 2004, Crits-Christoph, Gibbons, e Mukherjee, 2013) e mais recentemente, surge uma abordagem aos mecanismos de mudança, que pretende ser uma ponte para a compreensão da relação entre os processos, os resultados de sessão e os resultados finais (Doss, 2004).

Segundo Orlynsky et al (2004) e Crits- Christoph et al (2013), os processos são eventos específicos e observáveis que ocorrem tanto em sessão, incluindo as ações, as experiências, e todos os procedimentos, como fora dela, mas estando diretamente relacionados com o contexto terapêutico (como por exemplo os trabalhos de casa, as tarefas de exposição). A isto chama-se *treatment processes*, que coexistem com os *change processes*, que os mesmos autores, e Doss (2004) descrevem como as mudanças que ocorrem nos pacientes durante ou entre sessões, como resultado direto das intervenções terapêuticas.

O conceito de *mecanismos de mudança*, na perspetiva de Doss (2004), refere-se a capacidades e competências adquiridas e/ou potenciadas que os pacientes generalizam para o seu quotidiano, assumindo por isso um carácter mais estrutural.

Na visão do autor, a relação entre processos e mecanismos de mudança é estreita, na medida em que os primeiros parecem ser responsáveis pelos segundos e estes segundos sinónimo de resultados intermédios potencialmente responsáveis pelos resultados finais.

No âmbito do estudo dos resultados e da mudança em psicoterapia, conclui-se que os holofotes da investigação têm estado maioritariamente sobre o que acontece no final do processo psicoterapêutico (resultados finais), ainda que a preocupação com o que ocorre durante tenha aumentado.

No entanto, o que acontece em paralelo fora do contexto da terapia, no quotidiano dos pacientes, carece ainda de entendimento, mesmo que seja daí que provenham as suas dificuldades e os maiores desafios.

Estarão os nossos pacientes capazes de os enfrentar? Em 2010, Conceição lançava o reto de que num futuro próximo se investisse na compreensão do que acontece com os pacientes no seu quotidiano, além-fronteiras terapêuticas, caracterizando a sua arquitetura mental, em termos de capacidades e competências de processamento.

Com o foco sobre isto, as seguintes secções, são dedicadas ao escrutínio do que está estudado nesta área, tomando a direção de uma perspetiva de resultados intermédios, em detrimento de resultados finais.

Sendo esta uma área com carências de investigação é minha ambição contribuir para a exploração e identificação das competências adquiridas por pacientes ao longo da terapia, que ajudam na construção e/ou reorganização de estruturas de processamento e que permitam enfrentar os desafios do seu dia-a-dia de forma mais satisfatória.

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. RESULTADOS FINAIS E EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA: A ABORDAGEM TRADICIONAL

Como adiantado na parte introdutória, o estudo dos resultados finais apresenta-se como a abordagem com mais história e tradição na investigação em psicoterapia.

Desde o nascimento da psicoterapia que, nas palavras de Hilsenroth (2013), temos assistido a um conflito e controvérsia relativamente ao estudo da sua eficácia e dos seus resultados.

De investigadores que argumentam contra a eficácia da psicoterapia, como Eysenck (1952), que afirmou que os resultados que surgiam não suportavam a tese de que os pacientes beneficiam da psicoterapia, a investigadores, como Strupp (1963), que defendem que sim, a psicoterapia é eficaz e tem impacto positivo nos pacientes, as perspetivas multiplicam-se.

Atualmente o problema da eficácia da psicoterapia parece estar ultrapassado. Sabemos que psicoterapia é eficaz e que cerca de dois terços dos pacientes melhoram ou vêm a sua funcionalidade promovida, após o envolvimento num processo psicoterapêutico (Lambert, 2013).

No entanto, o problema mantém-se em relação à definição de resultados, diferindo em perspectivas e critérios.

Desde os primórdios da psicoterapia que os seus resultados têm sido relacionados com o sucesso das intervenções e a eficácia, mais ao nível do alívio sintomático e menos ao nível do funcionamento do paciente.

Para Eysenck (1952) o objetivo central da psicoterapia seria então a redução de sintomas, prendendo a investigação de resultados à nosologia das perturbações, dependente do julgamento clínico do terapeuta, que varia num contínuo entre “curado” a “sem melhorias”.

Como Wampold (2013) crítica, parece não haver aqui espaço para o crescimento pessoal, enquanto que para os pacientes poderão existir dimensões e objetivos mais importantes e significativos, como o que já se sente capaz de fazer, a qualidade de vida, o bem-estar e o funcionamento quotidiano.

Reforçando estas críticas, Hill, Chui e Baumann (2013) afirma que um dos principais problemas na definição de resultados é o desejo de ver os pacientes “curados”. No entanto, a maior parte dos sintomas acompanham-nos ao longo da vida, pelo que o principal objetivo da terapia deve ser ajudar os pacientes na compreensão de que o não desaparecimento de sintomas não é sinónimo de insucesso do trabalho terapêutico.

Num exemplificado por Hill et al (2013), um paciente seu revelou mudanças como a reestruturação das suas relações, a alteração nas suas preocupações profissionais e alteração do seu comportamento em sessão, que se afastam da perspectiva nosológica de alívio sintomático como eficácia da psicoterapia.

Já em 1963, Strupp alertava para esta necessidade de se considerar o funcionamento intrapsíquico dos pacientes, devendo os resultados serem considerados em dois grupos: a redução de sintomas e o funcionamento positivo.

Deste modo, indo ao encontro das afirmações de Wampold (2013) e Hill et al (2013), o autor considera que os efeitos de um tratamento específico passam pela diminuição (ou mesmo desaparecimento) dos sintomas, pela autocompreensão e autoaceitação do paciente em relação às suas forças e fraquezas, pela libertação de potencialidades inibidas e pelo estabelecimento e manutenção de relações interpessoais satisfatórias.

Knight (1941), também sugeriu que a sua definição de resultados deveria incluir o desaparecimento dos sintomas, melhorias significativas no funcionamento mental e melhorias no ajustamento à realidade.

No entanto, estas formulações assentam na perspetiva dos clínicos, e quanto aos pacientes? Qual a sua definição de resultados?

Quando considerada a sua perspetiva, segundo Connolly e Strupp (1996), verifica-se que os critérios geralmente referidos vão ao encontro das categorias globais referidas pelos terapeutas: o alívio de sintomas e as mudanças no autoconceito.

No entanto, Levitt, Butler e Hill (2006) concluem que os pacientes raramente referem a redução sintomológica como uma mudança significativa, descrevendo principalmente mudanças ao nível do funcionamento, como alterações na forma como se relacionam com os outros e na visão que têm de si e dos outros.

Falando especificamente de investigação nesta área, de acordo com Strupp (1963) o cenário ideal deverá passar pela integração da informação recolhida dentro das sessões, com dados do desempenho dos pacientes, fora da terapia. Poucos progressos têm sido feitos para a inclusão deste tipo de avaliações na definição de resultados.

Ao longo dos últimos 50 anos de investigação tem-se testemunhado também alguns avanços na consideração de outros tipos de resultados terapêuticos.

Greenberg, em 1986, chama a atenção para a necessidade de distinguirem três tipos: resultados imediatos, identificáveis momento-a-momento, nas sessões; resultados intermédios, mudanças extra-sessão em comportamentos e atitudes alvo; e resultados finais, avaliados no final da terapia.

Orlynsky et al (2004) e Crits- Christoph et al (2013), suportando esta necessidade, sistematizam a distinção entre impactos intra-sessão (resultados da sessão), que ocorrem como consequência imediata das ações terapêuticas, ainda dentro da sessão (ex: insight após interpretação do terapeuta do discurso do paciente, aumento da percepção de autoeficácia após reforço positivo); resultados imediatos ou micro-resultados, que são vistos como os progressos após cada sessão, resultados intermédios, conquistado após algumas sessões (todos os anteriores numa perspetiva a curto-prazo) e resultados finais (nível macro ou a longo-prazo), que incluem as mudanças longitudinais e mantidas após o fim da terapia.

Crits- Christoph et al (2013), apresentam ainda uma revisão acerca de resultados mais específicos de determinadas orientações teóricas, nomeadamente da Terapia Cognitiva e da Terapia Psicodinâmica.

Deste modo, referem que os resultados na Terapia Cognitiva passam especificamente pelas mudanças nas atitudes disfuncionais e nos esquemas básicos e na aquisição de capacidades compensatórias (capacidade de atribuição de explicações alternativas para os eventos stressantes e de planificação de resolução de problemas).

Quanto aos resultados da Terapia Psicodinâmica, assentam especificamente nas mudanças na autocompreensão (o que os pacientes aprendem sobre eles e os outros), nos mecanismos de defesa e no funcionamento reflexivo (compreensão e previsão dos comportamentos dos outros).

Apesar destes recentes avanços e da tentativa de se aproximarem processos da terapia a processos de mudança dos pacientes e a resultados finais, pouca é a investigação que se dedica à compreensão do que realmente está por detrás da mudança dos pacientes. Isto é, ainda são insuficientes os estudos que permitem responder à questão de como a psicoterapia gera mudança, sendo que o foco tem sido maioritariamente na questão “como é que os eventos da terapia influenciam eventos presentes e futuros da vida dos pacientes?”.

Sabe-se, através de Greenberg (1986), que os processos da terapia, nomeadamente o discurso, os eventos significativos e a relação terapêutica, estão implicados nos resultados imediatos, intermédios e finais.

Também Orlinsky e Howard (1987), no Modelo Genérico da Psicoterapia, focam-se na relação entre processos intra-sessão (contrato terapêutico, operações terapêuticas, laço terapêutico, variáveis dos participantes, impactos intra-sessão e padrões temporais) e os resultados dos pacientes.

Mas como acontece esta relação? Que mecanismos estão por detrás da associação processo-resultado?

Tendo em conta estes dois exemplos, o estudo dos mecanismos que explicam as mudanças parece não acompanhar o ritmo do estudo dos processos.

Sendo assim, parece urgente direcionarmos a compreensão das mudanças dos pacientes ao longo da terapia para uma abordagem mais abrangente e integradora, no que toca a processos e mecanismos.

2. PROCESSOS E MECANISMOS DE MUDANÇA: UMA ABORDAGEM INTEGRADORA DA INVESTIGAÇÃO (EM MUDANÇA) EM PSICOTERAPIA

Como revelei no capítulo anterior tem-se vindo a testemunhar a expansão das investigações que procuram clarificar a questão da eficácia da psicoterapia. No entanto o que sabemos acerca deste fenómeno, parece não dar repostas ao como e porquê da psicoterapia ser eficaz (Kazdin, 2007). Isto é, o que acontece com os pacientes dentro da terapia e principalmente fora dela, parece ainda uma questão gritante a necessitar de exploração, devendo estar na linha da frente para perceber de que maneira a psicoterapia produz mudança (Kazdin, 2009).

É na tentativa de responder ao *como*, que Doss (2004) apresenta a sua abordagem ao estudo da mudança, integrando dois focos principais de investigação.

O primeiro, procura a identificação e explicação das variáveis da terapia que influenciam a mudança (denominados *ingredientes ativos*, como a relação terapêutica, as técnicas e estratégias implementadas pelo terapeuta). O segundo centra-se na descrição da mudança das características dos pacientes (como a regulação emocional, as competências sociais, os esquemas cognitivos).

Relativamente ao primeiro foco, ele centra-se na investigação do que Greenberg (1986), Orlinsky et al (2004), Doss (2004) e Crits-Christoph (2013) designam de processos de mudança. Já o segundo atende no que Doss (2004) designa de mecanismos de mudança. Na sua visão, ambas têm impacto nos resultados finais de uma terapia.

Enquanto os processos são dimensões que ocorrem dentro do espaço da terapia, ou seja, as variáveis do processo terapêutico que afetam a mudança (os ingredientes ativos, o que os pacientes fazem dentro da sessão), os mecanismos são as alterações e transformações ocorridas nas características, competências e capacidades dos pacientes, manifestadas, observáveis e generalizadas no seu quotidiano (o que os pacientes fazem fora da sessão).

Relacionando-se entre si, os processos de mudança são facilitadores dos mecanismos, que por sua vez conduzem a melhorias nos resultados finais.

Deste modo, estamos na presença de três tipos de mudança na psicoterapia, que se distinguem conceptualmente, mas parecem estar fortemente relacionados: processos de mudança (nível micro) (que incluem variáveis da terapia e comportamentos do paciente que surgem, geralmente como resposta a estas variáveis, numa lógica

momento-a-momento, podendo ao mesmo tempo ocorrer de forma independente), mecanismos de mudança (nível meso), e resultados finais (nível macro).

3. OS MECANISMOS DE MUDANÇA ENQUANTO RESULTADOS INTERMÉDIOS

Johansson e Høglend (2007) afirmam que investigar mecanismos é o caminho mais direto para a compreensão do que está por detrás dos efeitos da psicoterapia. Mas apesar dos esforços dirigidos à sua compreensão terem aumentado, ainda é pouco aquilo que se sabe e os resultados que existem são pouco interpretáveis.

Esta afirmação é suportada pela revisão feita por Conceição (2010), relativamente aos mecanismos de mudança de vários modelos de terapia, na população com perturbação de personalidade *Bordeline*, onde o autor conclui que parece existir alguma confusão na definição e operacionalização do conceito.

Kazdin (2003, 2007) define mecanismos como processos ou eventos que explicam como a terapia produz mudança, sendo sinónimo de mediadores.

Exemplos que o autor dá de mecanismos são: aliança terapêutica e a mudança cognitiva (na terapia cognitiva). Nesta definição não está claro se os mecanismos estão ancorados na terapia (considerando-se processos de mudança da terapia, na visão de Doss (2004)) ou se fazem parte dos pacientes (aproximando-se da visão de mecanismos de Doss (2004)).

Enquanto isto, Johansson e Høglend (2007) referem-se aos mecanismos como os mediadores que estão por detrás dos resultados e que são dimensões dos pacientes, capacidades e competências específicas, cujas transformações parecem ocorrer antes das mudanças finais.

Relacionado com isto Gibbons et al. (2009), defendem que as melhorias na compreensão de si mesmo e nas visões do *self* e a aquisição de competências de *coping*, são os mecanismos comuns, no modelo cognitivo e psicodinâmico, que sustentam a mudança psicológica dos pacientes

Um último exemplo é o de Messer (2013), que apresenta os mecanismos como ingredientes ativos da terapia, ou seja, aquilo que acontece em sessão e que facilita a mudança dos pacientes, como a aliança terapêutica.

Considerando a abordagem integradora de Doss (2004), sob a qual se inspira a presente dissertação, os mecanismos de mudança são marcadores que traduzem as conquistas terapêuticas dos pacientes, durante o processo psicoterapêutico, sendo por isso, designados também de resultados intermédios e que podem ser considerados em domínios emocionais, cognitivos e comportamentais.

Conceptualmente, estes mecanismos englobam as mudanças que os pacientes integram e assimilam durante a psicoterapia, mas que não são resultado imediato e direto dos processos ocorridos em sessão e de intervenções específicas, na medida em que podem também ser influenciados por eventos e interações que ocorrem fora do espaço terapêutico, ou por uma sinergia do que se passa dentro em articulação com o que se passa fora da sessão.

Os mecanismos refletem assim a arquitetura mental dos pacientes, a orquestra de esquemas enquanto vulnerabilidades ou capacidades estruturais, implicadas no processamento de informação e que permitem gerir situações da vida quotidiana.

De forma simples, pode dizer-se que estas dimensões são o *como* da eficácia da psicoterapia, sendo neles que assenta a construção das mudanças mais globais e duradouras dos pacientes.

Estas conceções aproximam-se do conceito mais cognitivo de *mudança esquemática* de Beck (1996) e Young (2003), que consistem na alteração de esquemas disfuncionais de funcionamento ou *feridas do self* (Wolfe, 2005), bem como do conceito mais dinâmico de *mudanças estruturais*, de Grande, Rudolf, Oberbracht, & Pauli-Magnus (2003) e Grande et al. (2009), que consistem em mudanças a um nível mais profundo, nas estruturas psíquicas dos pacientes, como por exemplo na organização da personalidade e na relação com o *self*.

Segundo os autores, são estas transformações estruturais e a robustez flexível das novas capacidades de processamento e funcionamento, que explicam a estabilidade e manutenção das mudanças ao longo do tempo e até a emergência de novas mudanças para além da interrupção ou do fim da intervenção psicoterapêutica.

Os autores chegam mesmo a demonstrar que é mais sustentável, quer psicologicamente quer economicamente, para todas as partes, levar os pacientes até atingirem um nível estrutural de transformação e só depois considerar a interrupção intervenção terapêutica.

Neste sentido, Conceição (2010) afirma que é fundamental que estes marcadores sejam identificados como estruturas suficientemente estáveis e palpáveis e

independentes de conteúdos ou temas específicos, relativos a vivências também elas específicas. Isto é, os mecanismos de mudança procuram ser dimensões estruturais do funcionamento psicológico, que por tal, serão observáveis e transversais a diferentes contextos de vida dos indivíduos e dimensões temporais, antes do término da terapia.

Devido a isto, e para que não sejam confundidos com processos de mudança dos pacientes ou da terapia, Doss (2004) sugere que os mecanismos devem ser investigados fora do contexto das sessões.

Até aqui, viu-se que um resultado final assenta em aspetos como a regulação emocional, a promoção da consciência e a atribuição de novos significados à experiência e ao sofrimento, sabendo-se também que estas dimensões podem considerar-se os mecanismos de mudança, que permitem consolidar, generalizar e estabilizar as capacidades adquiridas no contexto natural do paciente, fora do espaço terapêutico (Grande et al., 2003; Gibbons et al., 2009; Conceição, 2010, Crits-Christoph, Gibbons e Mukherjee 2013).

No estudo dos mecanismos, já foram feitas tentativas de descrevê-los ancorados em perturbações e intervenções (Crits-Christoph, Gibbons e Mukherjee 2013), no entanto, nenhum tipo se revelou circunscrito a um único modelo, tal como Conceição (2010) já havia anunciado. Tal achado continua a suportar a urgência de se medirem e operacionalizarem mecanismos independentes de abordagens teóricas e estratégicas e de diagnósticos.

Das correntes de investigação nesta perspetiva, saliente-se a *Research-Informed Psychotherapy*, de Klaus Grawe (1997).

Com a preocupação de diminuir ao máximo a clivagem entre a prática clínica e a investigação, Grawe (1997), através do escrutínio dos processos de diferentes tipos de terapia, pretendeu dar resposta à questão, já referida, de como a psicoterapia é eficaz na produção de mudanças nos pacientes.

O investigador encontrou então quatro mecanismos, transversais e validados empiricamente, em diferentes modelos de intervenção, nomeadamente *Méstria/Coping* – aprendizagem de formas de lidar e gerir situações difíceis –, *Clarificação de significado* – explicação da ameaça que uma situação representa na obtenção dos objetivos pretendidos –, *Atuação no problema* – exposição concreta às situações problemáticas, numa ótica de dessensibilização – e *Ativação de recursos* – trazer para a terapia capacidades, competências e motivações.

Segundo Grawe (1997), são estas dimensões que, quando ativadas e facilitadas no processo psicoterapêutico explicam os resultados finais e as mudanças conquistadas pelos pacientes, devendo ser traduzidas em novas formas de comunicação terapêutica que permitem o aprimoramento constante e progressivo das intervenções.

Para além da inspiração teórica que o modelo de Grawe oferece, a presente dissertação baseia-se também nos estudos empíricos realizados em torno deste modelo.

Seguindo estes princípios, Mander, Wittorf, Schlarb, Hautzinger, Zipfel e Sammet (2013) desenvolveram uma escala de avaliação dos mecanismos gerais de mudança, após as sessões, e que considera diferentes perspectivas (paciente e terapeutas), a SACIP (*Scale for the Multiperspective Assessment of General Change Mechanisms in Psychotherapy*).

Após 256 participantes terem completado a escala, os autores chegaram à conclusão que, através das respostas dos participantes, pode afirmar-se que, além de haver confirmação da sua existência, através da análise fatorial dos itens, os mecanismos de mudança gerais predizem significativamente os resultados finais. Além disso, considerando as diferentes perspectivas, a avaliação dos mecanismos pelos pacientes revelou mais robustez na predição dos resultados finais.

Mander et al (2014) replicaram o primeiro estudo, onde procuraram melhorar a escala, construindo a *Individual Therapy Process Questionnaire* (ITPQ), que mais uma vez suportou, fatorialmente, a existência dos mecanismos de mudança de Grawe (1997), bem como o seu poder preditivo nos resultados finais.

Outra linha de investigação relevante foi a de Gibbons et al. (2009) que tentaram explorar a presença dos mecanismos *Ganhos na Autocompreensão de padrões interpessoais, Aquisição de Competências Compensatórias e Melhorias na Visão do Self* em diferentes abordagens interventivas, dentro dos modelos cognitivo e dinâmico.

Em termos específicos, os ganhos na autocompreensão de padrões interpessoais remetem para a compreensão e consciência de fatores que estão na origem de conflitos relacionais; a aquisição de competências compensatórias consiste na aquisição e demonstração de estratégias de *coping* e de resolução de problemas, para enfrentar situações potenciadoras de *distress*; finalmente as melhorias na visão do *self* dizem respeito à diminuição da perceção de egodistonias e incoerências internas.

Os principais resultados desta investigação suportam a transversalidade destes três mecanismos nos dois modelos, com implicação nos resultados finais da terapia,

sendo que os dois primeiros surgem fortemente associados à manutenção e generalização das mudanças após o término do processo.

Além destes investigadores, também Higginson e Mansell (2008), através dum estudo qualitativo de análise e interpretação de entrevistas a 6 pacientes, tentaram compreender de que forma ocorre a mudança.

Enquadrando o seu estudo numa perspetiva transdiagnóstica e transteórica, apresentam a emergência de potenciais categorias de mecanismos de mudança: *evitamento do problema dá lugar ao confronto com o problema* – o paciente começa a construir explicações para as razões que o impediam de enfrentar as dificuldades e a explorar formas de lidar com elas –, *mudanças graduais e eventos significativos* – reconhecimento de que o processo é demorado e leva o seu tempo, e identificação simultânea de eventos específicos com impacto significativo nas melhorias –, *perceção do novo self* – perceção de alterações na relação com o self, aquisição de estratégias de *coping* e autocompreensão –, *colocar o problema em perspetiva* – visão mais realista e lógica do problema e aceitação da experiência das dificuldades.

3.1. Investigação em mecanismos de mudança

Se considerarmos as investigações no âmbito dos mecanismos de mudança, percebe-se que a generalidade dos estudos aqui referidos (à exceção do de Higginson e Mansell (2008)), assenta sobre uma metodologia quantitativa, de ensaios clínicos e instrumentos de autorrelato, onde se pretende chegar a medidas de validade e consistência teórica e empírica, em momentos pré ou pós terapia.

Seguindo a perspetiva de Doss (2004), a investigação em mecanismos deve ser essencialmente de carácter exploratório e realizada como uma primeira fase num estudo acerca da mudança, contribuindo para a sua compreensão. Isto justifica a referência ao estudo qualitativo de interpretação fenomenológica de Higginson e Mansell (2008).

Além disso, Hill et al (2013) alertam para limitações dos instrumentos de autorrelato (questionários tipo *Likert*, por exemplo), nomeadamente o serem baseados nas conceções e subjetividade de quem os desenvolve, e pedirem apenas aos participantes para escolherem a resposta que acham que mais se adequa ao seu caso. Isto torna as respostas dos participantes baseadas no ponto de vista dos criadores do instrumento e não nas perspetivas e experiências pessoais.

É à luz destes argumentos que apresento a minha dissertação como uma possibilidade de estudar mecanismos com base numa metodologia diferente das habituais, que oferece aos pacientes a oportunidade de refletirem sobre a sua experiência de mudança e revelarem o que pode ser mais importante para eles.

Além do desenho comum do estudo dos mecanismos de mudança, de que já falei, estas instâncias são habitualmente estudadas a “frio”, ou seja, temporal e emocionalmente afastadas das vivências. O que será que acontece quando se estudam mecanismos a “quente”, isto é, instâncias que surgem envolvidas numa experiência ocorrida no aqui e agora?

Para obter resposta a esta questão, seria necessário estar com os pacientes no seu contexto natural, além do contexto das sessões, por dias consecutivos, o que é naturalmente não viável.

Deste modo, tentando ultrapassar esta inviabilidade, a minha proposta metodológica tem como objetivo a ativação dos mecanismos de mudança, perante a apresentação de vinhetas ou cenários, que incluem descrições narrativas de situações relevantes para o *self*, que podem surgir no dia-a-dia dos indivíduos (Vítor, 2009)

Ainda que pareça algo artificial, este desenho pretende aproximar-se o mais possível da realidade dos pacientes, baseando-se nos princípios da abordagem metodológica que utiliza cenários ou vinhetas.

As vinhetas ou cenários são descrições ou pequenas histórias, traduzidas em estímulos verbais ou gráficos, a partir das quais os participantes podem responder, explorando as suas perceções, crenças e atitudes, com maior nível de profundidade e riqueza, de modo a aumentar a compreensão acerca do seu comportamento (Barter e Renold, 1999; Schoenberg e Ravdal, 2000; Renold, 2002; Hughes e Huby 2002; Brauer et al 2009).

Esta definição parte da originalmente apresentada por Finch (1987), que descreve vinhetas e cenários como histórias acerca de personagens hipotéticas e situações concretas do quotidiano, normalmente de interação social, sobre as quais os participantes são convidados a refletir.

Além disto, um dos aspetos centrais das vinhetas, afirmam Schoenberg & Ravdal (2000) e Poulou (2006), é permitirem a atribuição de significados à experiência, através da partilha de ideias baseadas numa descrição contextualizada e que simula eventos reais.

No que diz respeito à escolha das descrições apresentadas, é defendido que se devem basear em situações reais, autênticas e concretas, cujos temas ocorrem com frequência no quotidiano dos participantes, sendo por isso familiares. Assim facilita-se a identificação dos participantes, a ativação das suas representações mais automáticas e a discussão de temas sensíveis e complexos.

Lapatin et al (2012) afirmam até que as vinhetas devem ser desenvolvidas de forma criarem um espaço onde o participante pode colocar-se na situação e ao mesmo tempo ter espaço para distanciar-se e pensar sobre ela na terceira pessoa, ainda que a tendência principal seja para a identificação.

Geralmente, questiona-se os indivíduos relativamente ao que fariam, sentiriam ou pensariam em determinada situação e se estivessem no lugar de determinada personagem, o que confere, segundo Finch (1987) uma limitação importante a esta metodologia. O que o paciente diz que faz corresponderá ao que ele faria na realidade?

Se atendermos à sua estrutura, a metodologia corre o risco de que as respostas elaboradas sejam baseadas em perceções socialmente desejáveis, sem que seja necessário atender à experiência pessoal.

Hughes & Huby (2002) acreditam que antes de qualquer recolha de informação é fundamental perceber até que ponto as vinhetas simulam a realidade dos participantes, e até que ponto essa realidade é reproduzida nas respostas.

Isto é, quanto mais aproximadas de acontecimentos reais as vinhetas, maior será a probabilidade das respostas serem baseadas em vivências autênticas, tornando-se mais representativas de perceções pessoais e dinâmicas internas.

É com o objetivo de desafiar estas limitações e estudar mecanismos de mudança “a quente”, aproximando-se o mais possível do que acontece na realidade dos participantes, que a presente investigação tenta ativar memórias de situações vividas e com isto reduzir a clivagem entre o que acontece na realidade e o que se acredita que pode acontecer.

3.2.Utilização de cenários e vinhetas na avaliação da mudança: fundamentos metodológicos

No seguimento das conceções apresentadas anteriormente, e de aproximar a metodologia escolhida para a presente investigação a metodologias já existentes e com

estudos de eficácia e validade, deparei-me com diferentes abordagens já estandardizadas.

Entre elas, o método impulsionado por Muran & Segal (1992), e aprimorado mais tarde por Muran, Segal & Samstag (1994), de construção de *self-scenarios*.

Os *self-scenarios* surgem como medidas idiográficas de esquemas disfuncionais de pacientes em terapia, podendo ser usados na avaliação de melhorias e resultados terapêuticos e na monitorização da mudança.

Segundo Muran & Segal (1992) e Muran, Segal & Samstag (1994), a utilização deste tipo de cenários implica a apresentação de um estímulo visual, que consiste numa descrição de uma situação perturbadora, colocada em termos emocionais, cognitivos e comportamentais.

Partindo da ativação de memórias de eventos, através dos cenários, os investigadores procuram respostas que traduzam estruturas internas de processamento de informação e de representação do próprio, dos outros e do mundo.

O objetivo último desta metodologia será então a avaliação de mudanças ao nível da ativação esquemática, detetando simultaneamente, alterações na interpretação de estímulos ambientais e na forma como o paciente lida com esses estímulos.

Dos conceitos mais interessantes que Muran & Segal (1992) utilizam na construção dos *self-scenarios* é o de *scripts* e o de *cena nuclear*.

De acordo com a *Teoria de Scripts* de Tomkins (1962a, 1962b) estas dimensões cognitivas traduzem conexões entre representações sequenciais de acontecimentos, que incluem além de componentes cognitivos, uma forte componente afetiva. Estas instâncias cumprem a função de interpretar e responder as situações, e antecipar as futuras.

Carlson (1981) acrescenta ainda que a função dos *scripts* está na atribuição de significado às experiências pessoais.

Da constituição dos *scripts* fazem parte as *cenar nucleares*, que Tomkins (1962a, 1962b) definiu como representações que fazemos, não apenas de um acontecimento importante para nós, mas também do seu tema, intervenientes, ações, sentimentos e emoções, espaços e tempos. Estas representações permanecem ao longo da nossa vivência e podem ser “despertadas” quando nos confrontamos com novos, mas análogos acontecimentos.

Neste sentido, Muran & Segal (1992) acreditam que, ao ativar estas representações, utilizando como *trigger* cenários com conteúdo idiossincrático e

componentes cognitivas, emocionais e comportamentais, as respostas obtidas são a reprodução das estruturas mentais ativadas (esquemas) e das reações e interações com o meio e com os outros.

Esta conceção aproxima-se da ideia que Carrol (1978) apresentou acerca da força da utilização de cenários numa investigação. Este autor não defende apenas o apelo às memórias dos participantes, mas alerta também para a importância destes se visualizarem na situação, imaginando a sua ocorrência no aqui e agora.

Segundo Carrol, induzir este processo torna a representação da situação-estímulo mais disponível e acessível na memória, aumentando a confiança nas respostas dos participantes, que permitiram obter uma imagem geral do seu funcionamento quotidiano.

Um segundo exemplo de investigação de resultados e mudança em psicoterapia, utilizando cenários, surge de uma evolução e aprimoramento dos *self-scenarios*.

Com objetivos e estrutura semelhantes a este método o *interpersonal scenarios*, de Muran, Samstag, Segal & Wiston (1998), procura aceder aos esquemas dos pacientes em terapia e ao funcionamento do *self*, quando confrontados com representações prototípicas de situações de interações sociais, enfatizando aqui a dimensão interpessoal da experiência humana.

3.3.Relevância da ativação afetivo-emocional através de Cenários: da teoria à prática

A pertinência de abordar emoções numa investigação acerca de mecanismos de mudança assenta no facto de existir uma forte relação entre a mudança humana e a experiência emocional, espelhada nos mecanismos de autorreorganização.

Segundo Mahoney (1998), os processos emocionais cumprem funções importantes no funcionamento e autopreservação humana, nomeadamente, direcionar a atenção e percepção do indivíduo para determinado estímulo ou informação.

Sendo um fenómeno comum nos indivíduos, há um reconhecimento partilhado no campo da psicoterapia, de que os episódios de emoção intensa são comuns ao longo da construção de melhorias por parte dos pacientes, ocorrendo transformações quando há envolvimento emocional, cujo efeito parece ser tanto maior quanto mais intensa for a experiência afetiva.

Seguindo esta linha de pensamento, encontra-se aqui argumentos a favor da integração de uma componente de ativação emocional na utilização de cenários,

enquanto *triggers* da experiência reflexiva, tendo por base o modelo de S. S. Tomkins (1962a, 1962b) designado *Affect Imagery Consciousness*.

O pressuposto base defende que o emparelhamento clássico “Estímulo-Resposta” é mediado pelo sistema afetivo, pelo que não existem respostas a estímulos sem que haja uma ativação afetiva intermédia.

Este princípio é também defendido por Damásio (2011), que argumenta que entre um estímulo e uma resposta existem pequenos passos mediadores, como a evocação interna de imagens mentais e a sua organização coerente, para a construção de significados.

Apelando a mecanismos da neuropsicologia básica, através da apresentação de cenários espera-se que sejam ativados dois sistemas neurológicos diferentes, o sistema cognitivo e o sistema afetivo.

Ainda que estejam envolvidos em funções distintas encontram-se intimamente relacionados na sua contribuição para o funcionamento humano, não havendo uma ativação independente e isolada de cada um.

O que parece acontecer é que, perante a apresentação de um estímulo, seja ele visual, auditivo, olfativo, gustativo ou tátil, o sistema sensorial percebe-o e transmite a informação a determinadas regiões cerebrais, ativando simultaneamente imagens mentais retidas na memória (sistema cognitivo) e emoções a elas associadas (sistema afetivo), o que aumenta a atividade cerebral.

Segundo Tomkins (1962a, 1962b), para facilitar este aumento de atividade e prender a sua atenção, o estímulo ao que o indivíduo é exposto deverá despertar um dos afetos básicos, que ele designa como interesse/excitação.

É aqui que encontro justificação para manter a utilização dos cenários descritivos de acontecimentos potencialmente relevantes e ativadores para os indivíduos, e que anteriormente foram definidos por Vítor (2009) de “perturbadores”.

Pensemos no dia-a-dia de cada um de nós. Certamente perdemos a conta às vezes em que nos vemos envolvidos, ou somos simplesmente observadores de situações em que o estado do nosso organismo se altera. Modificam-se as funções fisiológicas, cognitivas, emocionais e as manifestações comportamentais. É esta alteração do estado do organismo, a que podemos chamar “perturbação”.

Nesta fase, torna-se necessário clarificar a importância da evocação de imagens ou representações mnésicas, para a posterior ativação emocional. Para Damásio (2011)

“todos nós partilhamos de que podemos evocar nos olhos ou ouvidos da nossa mente, imagens aproximadas do que experimentámos anteriormente” (pp. 142).

É sobre as imagens, multissensoriais, sejam elas percetivas ou evocadas, geradas a partir do ato interno de recordar, que construímos concepções básicas acerca de nós próprios, dos outros e do Mundo.

Mais ainda, parece ser através da ativação dessas imagens que as emoções são desencadeadas, independentemente do processo ter por base um acontecimento do agora ou uma recuperação da memória de uma situação passada (Damásio, 2011).

Neste sentido, expondo participantes a cenários que são potenciais ativadores de interesse/excitação, a recordação de situações já vividas e a ativação de emoções associadas, será mais fácil, permitindo aos sujeitos descrever as suas concepções relativamente ao *self* e às suas interações com o meio.

Segundo Ford, Addis, & Giovanello (2012), da mesma forma que a evocação de memórias autobiográficas permite a ativação de emoções, também a ativação de emoções facilita a recordação e a narrativa dos indivíduos.

Ao nível das implicações práticas, um nível de ativação emocional elevado aumenta a vivacidade e riqueza da recordação, aproximando-a do acontecimento real.

Esta aproximação à vivência real e a acuidade da evocação é potenciada em maior grau pela recordação de situações de valência negativa, que parecem conter detalhes mais centrais.

No fundo, o que parece acontecer é que os indivíduos, ao recordarem eventos que geram níveis elevados de atividade emocional, relembram-nos de forma mais vívida e com maior perceção subjetiva de que estão a revivê-los.

Outro mecanismo que surge implicado na ativação emocional através de cenários é o que Carver (1979), chama de *atenção focada no self*, que assume a função de direcionar a pessoa para ela mesma facilitando a descrição do seu estado interno.

Segundo Wood, Saltzberg, & Goldsamt (1990), esta atenção pode ser induzida através de estímulos que salientem dimensões intrapessoais, relembrando o sujeito de direcionar a atenção para si.

Ao utilizar cenários como indutores emocionais, interessa saber também que quanto mais intensa for a ativação de emoções maior será a atenção para o estado interno.

Para além da sua utilidade em termos metodológicos, Carryer & Greenberg (2010) afirmam que a ativação emocional, considerada num processo psicoterapêutico,

tem impacto positivo na mudança dos pacientes, através deste mesmo mecanismo de promoção do foco atencional no *self*, que permitirá o aumento progressivo da consciência sobre si mesmo e da regulação emocional.

Metodologicamente é fundamental ter em conta as práticas mais utilizadas na ativação ou indução de determinadas emoções em laboratório.

Segundo Lench, Flores & Bench (2011), os investigadores utilizam principalmente a apresentação de filmes, música, *priming*, repetição de frases, imaginação e recordação autobiográfica, cuja eficácia é mediada pela intensidade com que gera atividade emocional, pelo nível de complexidade e pelo grau em que captura a atenção do sujeito.

Uma das principais vantagens destes métodos, de acordo com Schaefer, Nills, Sanchez, & Philippot (2010), centra-se na sua dimensão dinâmica e não estática, na medida em que o sujeito é exposto a componentes interativas e contextuais que o permitem fazer a sua elaboração e responder de acordo com ela, sem estar fixado no estímulo em si.

Considerando estes métodos também as vinhetas podem ser utilizadas como indutores emocionais, que se aproximam da imaginação de situações e da recordação autobiográfica.

II. QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Considerando a revisão de literatura apresentada, a presente investigação pretende, em termos gerais, contribuir para o avanço metodológico e conceptual da abordagem ao estudo de mecanismos de mudança, para a compreensão das transformações dos pacientes em psicoterapia, a um nível qualitativo e com o foco no seu funcionamento.

Até que ponto, analisando as reações de pacientes em psicoterapia, a situações quotidianas, será possível identificar capacidades e competências por eles adquiridas e/ou promovidas, usadas na gestão das situações do quotidiano?

Esta é a questão de partida que sustenta toda a investigação.

Para tal, um dos pontos de trabalho passou pela alteração e melhoramento de um instrumento de avaliação de mecanismos de mudança, utilizando cenários ativadores,

desenvolvido inicialmente por Vítor (2009), a que se deu o nome de *Instrumento de Avaliação de Capacidades Estruturais de Processamento* (IACEP) (Maia e Conceição, 2014).

Neste âmbito, utilizando uma abordagem qualitativa e exploratória, com a presente investigação pretende-se:

1. Explorar a eficácia da tarefa de ativação emocional e de focagem, através da leitura de cenários descritivos de situações quotidianas, na facilitação da recordação e do reviver imagético de situações, como nova abordagem ao estudo dos mecanismos de mudança;
2. Explorar capacidades reveladas na forma como os pacientes processam informação relevante para o *self* em transformação;
3. Capturar categorias de capacidades e competências estruturais, adquiridas e/ou aumentadas durante o processo psicoterapêutico, de gestão de situações desafiantes.

III. METODOLOGIA

1. Método de Investigação

De acordo com Doss (2004) o estudo de mecanismos de mudança, fazendo parte de uma fase do estudo da mudança cujo objetivo é a definição e operacionalização, deve ser realizado através de uma abordagem qualitativa e exploratória, onde se parte da teoria e da informação dada por pacientes e terapeutas.

É neste contexto metodológico que se insere a presente investigação.

Como já referi em secções anteriores, a investigação da mudança insere-se essencialmente numa abordagem quantitativa de medida de resultados terapêuticos. No entanto, os estudos qualitativos têm vindo a conquistar espaço nesta área, permitindo assim uma compreensão mais abrangente dos fenómenos em psicoterapia.

Wertz, Charmaz, McCullen, Josselson, Anderson, & McSpadden (2011), defendem que a metodologia qualitativa permite saber o como e o porquê dos fenómenos estudados, aproximando-se da construção de uma conceptualização, onde se procura analisar, descrever e compreender o contexto, os antecedentes e os consequentes e o significado das experiências individuais.

Devido a isto, um dos principais desafios da investigação qualitativa passa pela manutenção do equilíbrio entre a realidade e a subjetividade, quer das informações recolhidas, quer da sua análise posterior.

Geralmente, segundo McLeod (2013) as três áreas de foco da abordagem qualitativa no âmbito da psicoterapia são: o estudo da experiência da mudança e dos resultados pelos pacientes, a experiência dos processos da terapia e das sessões e a experiência da relação terapêutica.

Neste caso, o foco desta investigação será nas experiências da mudança, na perspetiva dos pacientes.

Além disso a abordagem é essencialmente exploratória, na medida em que se procura uma descrição e conceptualização de fenómenos partindo dos dados e não de hipóteses teóricas predeterminadas.

2. Participantes e Caracterização da Amostra

Em termos gerais, a amostra desta investigação caracteriza-se por ser uma amostra combinada de conveniência e *snowball*, selecionada aleatoriamente (Given, 2008) e que inclui os participantes (segundo Boyatzis (1998), na *Análise Temática* as amostras são selecionadas como grupos separados que podem incluir contextos, eventos, pessoas ou relações).

O recrutamento dos participantes foi feito através do contacto com terapeutas portugueses via correio eletrónico e do contacto presencial com espaços onde se faz psicoterapia, para a divulgação do estudo aos seus pacientes.

Os participantes que constituem a amostra deveriam preencher apenas as condições de maiores de 18 anos e de pacientes atualmente a frequentarem um processo (psico)terapêutico.

Deste modo, a amostra, a partir do qual foram recolhidos os dados tem uma dimensão de 16 participantes (N=16), 15 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A média de idades é de 30.25, com um desvio padrão de 5.69 e cuja amplitude é dos 23 aos 44 anos (tabela 1, anexo C).

A totalidade dos participantes (n=16) tem nacionalidade portuguesa e origem étnica caucasiana, sendo que a maioria tem nível de escolaridade de ensino superior (n=14) e não está atualmente numa relação (n=10).

A totalidade dos participantes têm ocupação profissional, sendo que 4 são estudantes, 3 psicólogas, e os restantes distribuem-se entre atividades profissionais que vão desde prestação de serviços (n=5), gestão e contabilidade (n=3) e cuidados de saúde (n=1).

Relativamente à experiência de psicoterapia, os números variam entre 0 e 3 experiências, de duração variável, entre 4 anos e 4 sessões, sendo que a moda é 1 experiência.

Quanto à terapia atual, a data de início varia significativamente entre os participantes, indo desde 2005 (participante 6) a Agosto de 2014 (participante 2 e 3), assim como o número de sessões, cuja média é de 61.62, com um desvio padrão bastante elevado de 72.90, pois o mínimo de sessões é 1 e o máximo é 280, o que confere uma grande variabilidade em termos de número de sessões, como podemos ver na tabela 1 (anexo C).

A modalidade de terapia divide-se, na maior parte dos participantes, entre semanal (n= 7) e quinzenal (n=5), havendo um participante (participante 10) que frequenta uma modalidade mensal e um que frequenta uma modalidade esporádica (participante 6).

A maior parte dos participantes diz não saber o modelo de terapia que frequenta (n=8), seguido de 3 participantes que dizem frequentar o modelo de psicoterapia cognitivo-comportamental, 2 que frequentam um tipo de terapia integrativa, e 3 outro tipo.

Dentro dos dados relativos ao processo psicoterapêutico atual é de notar que não existem dados para dois dos participantes (participante 1 e 3), devido ao facto de estes já não estarem atualmente em psicoterapia.

No entanto, por questões de análise dos dados optou-se pela sua inclusão na amostra.

3. Instrumentos utilizados

Do TCQ ao IACEP

O instrumento utilizado, o *IACEP (Instrumento de Avaliação de Capacidades Estruturais de Processamento)* (Maia e Conceição, 2014) (anexo B) tem por base o questionário *TCQ (Teste de Capacidades do Quotidiano)* desenvolvido por Vítor (2009)

e direcionado especificamente para aplicação a população clínica, isto é, para pacientes em processo de psicoterapia.

O TCQ (Vítor, 2009) é constituído por uma primeira fase onde são apresentados aos participantes 19 cenários emocionalmente ativadores, para posteriormente, após a seleção e recordação dos 2 cenários mais perturbadores, respondem a um conjunto de questões cujo objetivo é a descrição da recordação e das mudanças percebidas.

O conjunto de cenários apresentados parte de uma seleção feita a partir de 70 situações emocionalmente perturbadoras que constituem o *QSPP (Questionário de Situações Potencialmente Perturbadoras)*, também desenvolvido por Vítor (2009).

Conceptualmente, estas situações correspondem ao que Schoenberg & Ravdal (2000) definem como vinhetas de estilo narrativo ou de conteúdo específico, que consistem em descrições ou pequenas histórias, baseados em acontecimentos de vida reais e experiências pessoais, que podem ocorrer de forma mais ou menos comum no dia-a-dia dos participantes.

Estas categorias enquadram-se na abordagem de construção de vinhetas, à qual Brauel et al (2009) chamam de método *storytelling*, que consiste na criação de cenários típicos e ilustrativos de eventos quotidianos, sendo esta a abordagem mais utilizada na investigação qualitativa.

Deste modo, as situações apresentadas, tal como o nome indica, foram construídas a partir de acontecimentos prováveis de ocorrer no quotidiano, com valência e relevância emocional, apresentando a particularidade de suscitar mal-estar ou desregulação emocional, ainda que não sejam *stressores* universais.

Partindo da totalidade das situações foram selecionados um conjunto de 19 cenários para integrar o TCQ (Vítor 2009), e que constituem os 10 cenários mais perturbadores em termos estatísticos gerais, os 8 que obtiveram maior média em termos de frequência, intensidade e duração e 1 cenário que apresentava maior média em termos destes três marcadores, em cada um dos fatores específicos (Responsabilidade, Isolamento, Desconsideração, Crítica, Insucesso, Domínio/Submissão e Rejeição). Considerando a sobreposição de alguns dos cenários, de acordo com os critérios acima referidos, chegou-se ao conjunto apresentado no anexo A.

De acordo com a literatura aqui revista a utilização de situações ou cenários emocionalmente perturbadores visa a ativação esquemática e emocional e o envolvimento do participante no cenário, para que seja possível uma avaliação mais

próxima das capacidades e recursos reais que os pacientes adquirem ao longo da psicoterapia, manifestados nas suas respostas às questões.

Além disso, o TCQ, construído sob uma abordagem idiossincrática, pretende capturar microcompetências de processamento e gestão de situações perturbadoras que os pacientes podem adquirir de forma transversal em diferentes tipos de terapia.

Mantendo os pressupostos base do TCQ, foi construído então o IACEP (Maia e Conceição, 2014) (anexo B), com vista a ultrapassar algumas limitações metodológicas, nomeadamente a ativação emocional superficial e o excesso de questões.

Para melhorar a tarefa de ativação emocional, partiu-se de princípios e guidelines da *Focagem*, de Gendlin (1969).

De acordo com o autor, esta abordagem terapêutica consiste na visa manter o foco no momento-a-momento da experiência emocional e corporal, balanceando com momentos de atribuição de significado, levando os pacientes a refletirem nas suas dificuldades de dentro para fora.

Além disto, caracteriza-se pela utilização de instruções que pretendem orientar o indivíduo para um momento de contato com o self e com a experiência emocional, especialmente através da evocação de imagens mentais, que no fundo é o que se pretende através da utilização de cenários, no IACEP.

Mais do que a mera descrição a tarefa de focagem pretende que os sujeitos vivenciem as suas emoções, a um nível de profundidade maior e mais holístico, integrando emoções, pensamentos e sensações corporais. Segundo Preston (2005) através disto, é possível promover o “sentir-se dentro”, isto é, o envolvimento dos indivíduos na experiência afetiva, potenciando também a capacidade de *insight*.

Gendlin (1969) afirma que a *Focagem* é promovida através de seis passos, cada uma com instruções correspondentes, da qual partiu a inspiração para a construção das instruções para a tarefa de reviver os cenários ativadores. Os passos são: *Clear a Space*, *Felt Sense*, *Get a handle*, *Resonate*, *Ask*, *Receive*.

Para além das instruções da Focagem, utilizou-se para reformulação e refinamento das questões de descrição da experiência e de recordação e reflexão acerca da mudança, a *Entrevista de Processos e Mecanismos de Mudança*, de Conceição (2013).

Este instrumento visa a recolha das perceções dos pacientes acerca dos processos que ocorrem na sessão e que são facilitadores da sua mudança, e ao mesmo tempo das mudanças que sentem fora das sessões, no seu quotidiano.

4. Procedimento de Recolha de Dados

O IACEP (Maia e Conceição, 2014) foi apresentado aos participantes através de uma plataforma online de recolha de dados, a *Qualtrics®*, que garante a confidencialidade, o anonimato e a proteção das informações dadas pelos participantes.

Após a leitura a concordância com o consentimento informado, os participantes deveriam responder à primeira parte do questionário, que consiste num conjunto de 12 questões relativas aos dados demográficos (sexo, idade, origem étnica, nível de escolaridade, situação conjugal, ocupação profissional, experiência de terapia) (anexo B).

De seguida, após lerem as instruções, pediu-se aos participantes para selecionarem, de entre a caixa composta pelos 19 cenários ativadores (anexo A), até um total de 7 cenários, que considerassem mais prováveis de mexer consigo e que tivessem ocorrido recentemente (até duas semanas antes), dispondo-os hierarquicamente numa caixa e atendendo aos dois primeiros lugares.

Posteriormente os participantes, tendo em conta o cenário 1, deveriam responder a 2 questões (anexo B), onde era pedido que considerassem, de 0 a 10, qual o nível de ativação emocional que sentiam perante essa situação, no passado, e qual o nível de ativação emocional sentida no presente.

Depois disto, foram apresentadas instruções específicas para a tarefa de focagem e de ativação emocional, para que os participantes revivessem em memória o cenário selecionado (*“Veja-se então agora dentro do cenário 1, tal como lhe aconteceu recentemente, como se estivesse a ocorrer neste momento. Se necessário feche os olhos. Foque a sua atenção nessa situação”*).

Antes das questões principais, e após esta tarefa, os participantes avaliaram o seu nível de ativação emocional no momento, numa escala de 0 a 10.

No contexto de ativação e de recordação da situação, foram então convidados a responderem a duas questões de resposta aberta. A primeira de descrição pormenorizada do cenário revivido, como se estivesse a ocorrer no momento (*“Continue a focar a atenção no cenário em que participou, assegurando que o nível de ativação se aproxima o mais possível daquele que viveu na situação. Ao rever o cenário, permita-se assim revivê-lo em parte e a partir daí descreva-o, o mais pormenorizadamente que conseguir. Escreva por favor no tempo verbal presente como se estivesse a relatá-lo à medida que o revive”*) e a segunda de reflexão acerca da forma como se sentem

diferentes (*“Baseando-se na descrição que fez na questão anterior, reflita agora acerca da forma como poderá estar diferente. Descreva as mudanças subtis ou mais significativas (se existirem) que tenha notado em si, ao lidar com este cenário que acabou de descrever e partilhe a sua satisfação atual com as suas capacidades para lidar com cenários deste tipo”*).

Para ambas as questões, foram fornecidas pistas, que se encontram entre parêntesis, para facilitar a elaboração das respostas (exemplo: *Qual o tema, os intervenientes, o local, e a data aproximados em que ocorre? Que reações fisiológicas ou sensações lhe surgem? Que emoções o envolvem? Que ideias ou pensamentos lhe passam pela cabeça?*).

O mesmo procedimento foi pedido relativamente ao cenário 2, no entanto foi dada a opção de os participantes responderem apenas a um dos cenários, tendo em conta a exigência em termos de ativação emocional, concentração e atenção e elaboração do pensamento.

5. Procedimento de Análise de Dados

De modo a responder aos objetivos da presente investigação, utilizou-se a *Análise Temática* (Boyatzis, 1998) para leitura e análise dos dados recolhidos.

De acordo com Boyatzis (1998), a *Análise Temática* consiste num procedimento qualitativo de codificação de dados que pretende a extração de padrões ou temas, a partir da informação revelada pelos respondentes. No fundo, é um processo de etiquetagem de dados, de forma a dar-lhes sentido e coerência, de acordo com as questões de partida de uma investigação.

Ao falar de temas, o autor acima citado refere-se a conjuntos de expressões ou conceitos organizados em função da sua relação, que descrevem observações e/ou interpretações de determinados fenómenos. Estes temas podem ser construídos, ao longo de um contínuo, indutivamente (a partir dos dados) ou dedutivamente (a partir da teoria e investigações anteriores), de forma manifesta (diretamente observáveis) ou latente (que necessita de interpretação).

A opção por este procedimento assenta no facto deste tipo de análise ser essencialmente flexível e permitir identificar e descrever padrões que capturam a complexidade de significados dentro da informação recolhida.

Em adição, este é um método que não ambiciona a construção de teorias, sendo que o principal objetivo é a descrição e compreensão das experiências pessoais, com a vantagem de se facilitar a comunicação entre investigadores e clínicos.

Em termos de procedimento, adaptaram-se as linhas orientadas das três fases da Análise Temática (Boyatzis, 1998), seguindo uma abordagem de codificação baseada essencialmente nas informações recolhidas, ainda que alguns temas (como será abordado na discussão) sejam comuns a investigações anteriores e a conceitos teóricos pré-existentes.

Na primeira fase, de estabelecimento da amostra, foi tido em conta a totalidade dos participantes (N=16).

Na segunda fase, de extração de temas e desenvolvimento de categorias, as respostas dos participantes foram interpretadas e analisadas de modo a serem identificados temas emergentes, quer para a descrição dos cenários, quer para a descrição das mudanças experienciadas pelos pacientes.

Deste modo foram identificados, nas respostas, padrões de expressões e frases, que refletem, em primeiro lugar o cenário revivido por cada um dos participantes (tema, espaço, tempo, emoções, comportamentos) e em segundo a experiência da mudança por parte dos participantes (Como se sente diferente? Em que se sente diferente? O que gostaria de mudar em si?).

Posteriormente, esses padrões, ou temas, após terem sido feita pelo menos 3 revisões, como aconselham Braun & Clark (2006), foram transformados em categorias, que captam os detalhes descritivos das situações que os participantes reviveram a partir da recordação e capacidades e competências estruturais aumentadas e/ou adquiridas no presente.

Todas as categorias foram formadas tendo em conta a prevalência dos temas em termos de presença nas respostas dos participantes, mesmo tendo sido referidos apenas uma vez (por exemplo: o participante 1 descreve, relativamente ao cenário escolhido, que sentiu raiva. Partindo desta expressão criou-se a categoria “emoção”).

Isto porque, segundo Braun & Clark (2006), as respostas dos participantes e os temas que se extraem a partir delas devem ser considerados em função do seu valor para o estudo e para as respostas às questões de investigação, e não apenas em função da quantidade de vezes que surgem, especialmente em amostras pequenas. Este aspeto vai ao encontro dos princípios básicos da investigação qualitativa.

Finalmente, na fase três, as categorias foram interpretadas, estabelecendo-se a sua descrição e exemplos narrativos para a sua identificação, e a descrição da frequência de ocorrência.

Para a análise dos dados foi utilizado o *software* de análise qualitativa *QSR NVivo 10*®.

IV. RESULTADOS

1. Descrição dos Resultados

Cenários Ativadores e Níveis de Ativação Emocional

De acordo com a tabela 2 os cenários ativadores mais escolhidos pelos participantes são os que estão a **negrito**, nomeadamente ***“Alguém desvaloriza a sua dor”*** (8 referências), ***“Não recebe apoio de quem esperava recebê-lo”*** (5 referências), ***“Alguém toma uma decisão que o implica sem o consultar”*** (3 referências), seguido de ***“Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo”*** (2 referências), ***“Alguém se zanga consigo sem explicar porquê”*** (2 referências), ***“É o principal responsável num projeto importante”*** (2 referências) e ***“Não demonstram interesse na sua opinião”*** (2 referências). Todos os restantes cenários foram referidos apenas 1 vez, e por isso não se encontram na tabela, e apenas 3 dos 19 cenários apresentados não foram escolhidos por nenhum dos participantes.

Em termos qualitativos, 6 dos cenários mais referidos são de origem interpessoal, de afastamento, rutura na relação e de não validação e desconsideração dos sentimentos e das necessidades pelos outros, enquanto apenas o cenário ***“É o principal responsável num projeto importante”*** parece estar relacionado com dimensões intrapessoais, nomeadamente o colocar à prova e sob avaliação as capacidades e competências individuais.

Relativamente à ativação emocional, a média de ativação emocional no passado reportada pelos participantes é de 8.16, com um desvio padrão de 1.91, e uma amplitude de 3 a 10. A média da ativação emocional no presente é de 6.64, com um desvio padrão de 2.06, e uma amplitude de 2 a 10. Finalmente, a média da ativação emocional após a

recordação do cenário é de 6.16, com um desvio padrão de 1.98 e uma amplitude de 2 a 9 (tabela 3, anexo D)

Segundo estes dados gerais verifica-se que há uma diminuição da ativação emocional, do passado para o presente. No entanto esta diminuição parece não ser significativa, pelo que os níveis ainda surgem num nível elevado, perto de 7. Além disso a ativação emocional que os participantes avaliam sentir após a recordação é, em termos médios, elevada (6.16), ainda que a dispersão em torno da média seja de 2.06, resultado semelhante ao nível de ativação médio reportado no presente (6.64).

Fazendo uma análise intraindividual dos níveis de ativação avaliados pelos participantes, observa-se, através da tabela 3 (anexo 4), que ocorrem três tipos de alterações:

- Diminuição média de 3.38 níveis, de 1 até de um máximo de 7 níveis em 12 participantes;
- Os participantes 1, 2, 5 e 15 mantêm o nível de ativação, em pelo menos um dos cenários;
- Os participantes 7, 8 (este em apenas um dos cenários) e 16 aumentaram o seu nível de ativação, em média 4 níveis, de 2 até 5.

Tabela 2: Cenários Ativadores escolhidos pelos participantes e respetivo número de referências de codificação

CENÁRIOS ATIVADORES	NÚMERO DE REFERÊNCIAS DE CODIFICAÇÃO
Alguém desvaloriza a sua dor	8
Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo	5
Alguém toma uma decisão que o implica sem o consultar	3
Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo	2
Alguém se zanga consigo sem explicar porquê	2
É o principal responsável num projeto importante	2
Não demonstram interesse na sua opinião	2

Análise da descrição dos cenários

Partindo das respostas dos participantes à questão de descrição dos cenários, extraíram-se as categorias presentes na árvore do esquema 1, sendo que as principais são: *Tema*, *Contexto*, *Intervenientes*, *Reações do Próprio* e *Reações dos outros*.

A categoria *Tema* consiste na descrição da temática e do tipo de situação experienciada; *Contexto* refere-se à indicação do espaço físico e do momento temporal em que a situação ocorreu; *Intervenientes*, diz respeito à indicação das pessoas que estiveram presentes e envolvidas na situação; *Reações do próprio* consiste na descrição das reações emocionais, comportamentais, cognitivas e fisiológicas, de si mesmo; e *Reações dos outros* refere-se à descrição das ações e reações dos intervenientes.

Ao atendermos ao tipo de detalhes e pormenores da situação referidos nas respostas vê-se que correspondem, geralmente, às pistas orientadoras introduzidas nas questões (*Qual o tema, os intervenientes, o local, e a data aproximados em que ocorre? Que reações fisiológicas ou sensações lhe surgem? Que emoções o envolvem? Que ideias ou pensamentos lhe passam pela cabeça? O que é que tem vontade de fazer e como age? Caso relevante na situação, como é que os outros reagem ao seu comportamento e como é que se comportam?*).

Através do gráfico 1, que inclui o número referências que os participantes fizeram na sua descrição dos cenários revividos e o número de fontes (participantes) que foram codificadas nessa categoria verifica-se que, a um nível geral, que os participantes descreveram com detalhe as suas experiências.

Em termos específicos verifica-se (gráfico 1) que todos os participantes (n=16) fazem mais referências a reações emocionais individuais (96) (ex: “*Senti desespero*”, “*As emoções são raiva, frustração e impotência*”, “*Claro que fiquei triste, zangada, desiludida*”), seguida de referências a comportamentos individuais (58) (ex: “*Grito, não consigo parar, chamo-lhe nomes e choro*”, “*Depois de ter terminado a missa liguei-lhe, enviei-lhe mensagem e não obtive resposta*”, “*Fui embora (da festa) e chorei em casa*”) e reações dos outros (46) (ex: “*Desvalorizam e chamam-me mentiroso*”, “*a minha mãe fica muito aflita, mas tenta acalmar-me*”, “*a minha mãe por mais que uma vez foi muito agressiva com esta minha tensão*”).

É de notar que a subcategoria *Emoções*, da categoria *Reações do próprio*, se destaca das restantes ao nível do número de referências de codificação, diferença que pode considerar-se significativa e que será debatida na discussão.

Nas categorias com menos referências (gráfico 1) estão as subcategorias *Tomada de decisão* (1), e *Exigências acadêmicas/profissionais*, ambas da categoria *Tema* (6 referências), referidas apenas por 1 e 5 participantes, respectivamente, e a subcategoria *Tempo*, referente ao momento temporal em que ocorreu a situação (9), referida apenas por 7 participantes.

Este resultado pode justificar-se, devido à natureza das categorias, que por serem mais concretas, parece não ser necessário muitos detalhes para que os participantes consigam descrever e dar a conhecer a situação específica que reviveram.

Relativamente à categoria *Tema*, através da análise das subcategorias, observa-se que, no geral, os participantes experienciaram cenários de três tipos *Exigências profissionais e académicas*, *Conflitos Interpessoais e Relacionais* e *Tomada de decisão*, que descrevem situações de envolvimento em projetos profissionais ou trabalhos académicos que desafiam as capacidades e exigem responsabilidade (ex: “*tenho muito trabalho para fazer e que não depende apenas de mim, tento fazer bem o mais rapidamente que consigo*”, “*(a situação prende-se com) a colaboração num projeto, que exige (como todos os outros) muito trabalho, cuidado e concentração*”), situações onde surgem desentendimentos com familiares ou pessoas íntimas, afastamento ou mesmo rutura de laços afetivos (ex: “*o tema está relacionado com a manipulação familiar, neste caso paterna*”, “*O tema envolve o não reconhecimento da família relativamente à minha tristeza/luto*”, “*um amigo, que antes era bastante próximo, se ter afastado de forma radical*”) e situações que implica uma tomada de decisão e a sua comunicação ou concretização (ex: “*Decidi dispensar a babysitter das minhas filhas após alguns episódios infelizes da mesma, estando a trabalhar connosco há 1 mês*”).

Estes resultados mostram concordância com os cenários mais escolhidos, principalmente no que diz respeito ao tema *Conflitos interpessoais e relacionais*, que obteve o maior número de referências (17), e parece estar relacionado com os cenários “*Alguém desvaloriza a sua dor*” e “*Não recebeu apoio de quem esperava recebê-lo*”.

Esquema 1: Árvore de categorias para a descrição dos cenários

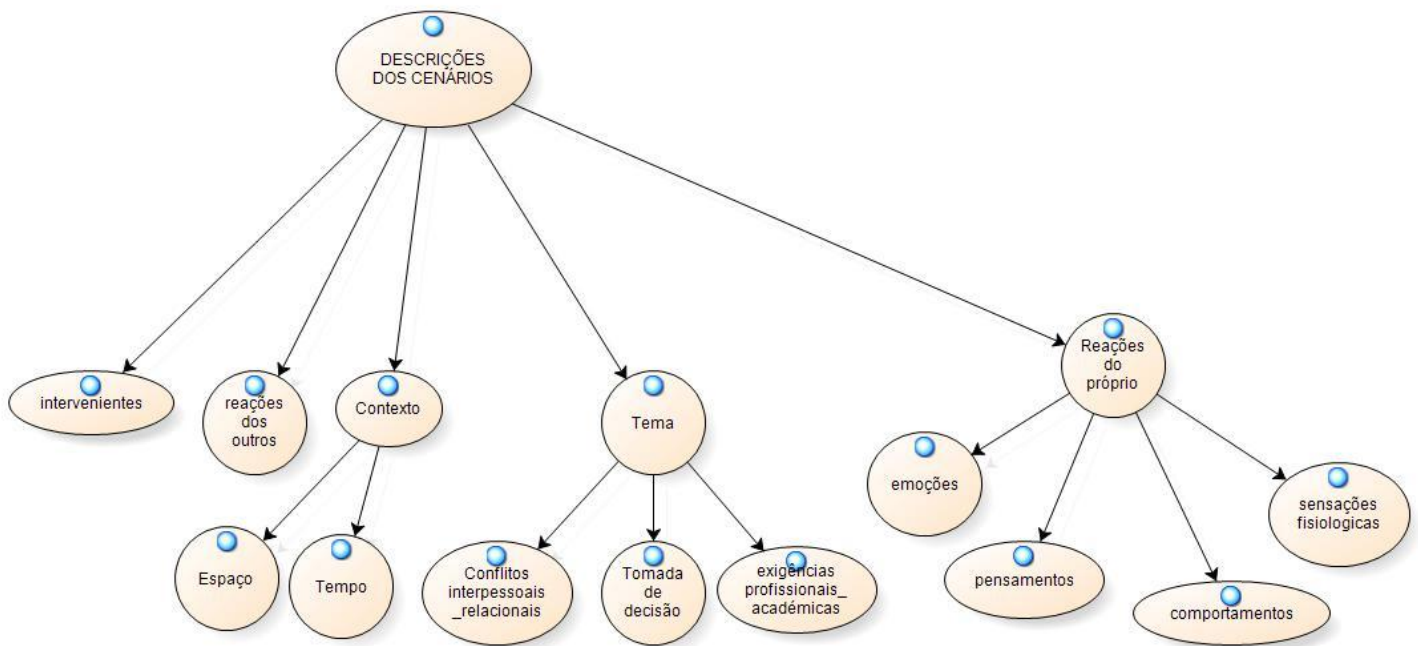
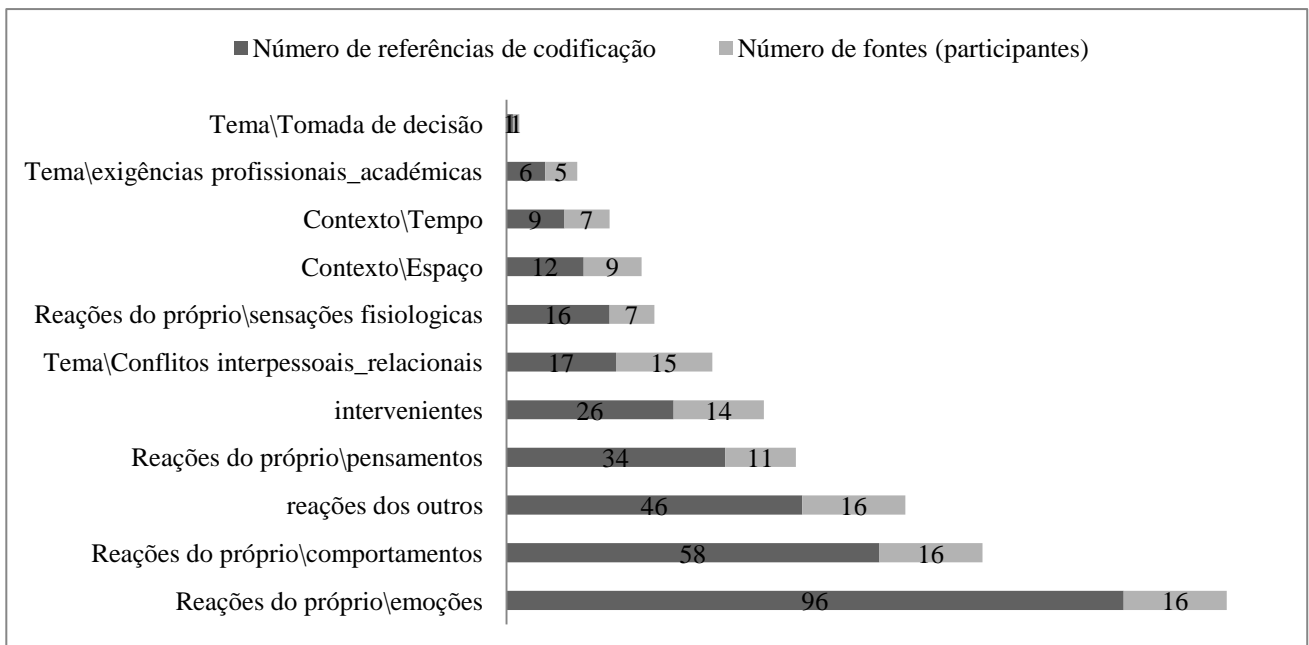


Gráfico 1: Distribuição das frequências de codificação e do número de fontes (participantes) codificadas pelas categorias de descrição dos cenários



Análise das categorias de capacidades estruturais de processamento

Após a codificação das respostas dos pacientes à questão 3 do IACEP, foram encontrados dois grandes grupos de categorias, o grupo das *Capacidades já adquiridas* e o grupo das *Capacidades orientadas para o futuro*.

A necessidade de diferenciar estes grupos passa pela natureza das categorias de capacidades que os constituem. Isto é como podemos verificar na seção seguinte de discriminação de categorias e na árvore de categorias do esquema 2, do grupo *Capacidades já adquiridas*, fazem parte capacidades que já estão conquistadas e que fazem já parte do funcionamento dos participantes, como *aquisição de estratégias de estratégias de coping* e a *atribuição de novos significados à experiência*.

Do grupo das *Capacidades orientadas para o futuro* (esquema 3) fazem parte capacidades que ainda não estão totalmente integradas no funcionamento atual do participante, mas cuja conquista é projetada para o futuro, como por exemplo *projeção de objetivos terapêuticos* e *expressão de desejos e necessidades*, e também capacidades que estão ancoradas na ocorrência futura das situações, como *consciência de alternativas de ação*.

Exemplos descritivos destas categorias serão apresentados de seguida.

Descriminação de categorias

CATEGORIAS DE CAPACIDADES JÁ ADQUIRIDAS

Este grupo é constituído por 3 níveis de categorias, sendo que 11 são categorias principais, 4 secundárias e 6 terciárias, o que dá um total de 21 categorias de capacidades já adquiridas (esquema 2)

De seguida encontram-se discriminadas apenas as que obtiveram no mínimo 5 referências (tabela 5, anexo 4) (por constrangimentos espaciais) apresentando-se o nome, o nível hierárquico, a sua descrição e excertos das respostas dos participantes, como exemplos significativos,

1. Aquisição de novas competências (nível 1)

Esta categoria principal (nível 1) integra capacidades e competências específicas para gestão das situações, nomeadamente:

a. Regulação emocional (nível 2) – Capacidade de regular as emoções perante a situação, através de capacidades específicas como:

- Capacidade de moderar a intensidade emocional (nível 3)

Exemplos de referências dos participantes:

- *“Apreendi a ficar mais calma nestas situações, não entrar em ansiedade nem em choro” (participante 12)*
- *“vou esperar que ela se encontre comigo, e dizer-lhe pessoalmente o que penso sobre esta situação. Mas sem me exaltar, ou chorar, como faria há uns meses atrás” (participante 15)*

- Capacidade de distanciamento da situação (nível 3)

Exemplos de referências dos participantes:

- *“Tento pôr-me no lugar do outro, e se me parecer não ser capaz, afastar-me, deitar-me, respirar fundo e tentar acalmar” (participante1).*
- *“Fiquei dois dias sem olhar para a proposta. E depois, já recuperada, peguei na proposta e melhorei incorporando as sugestões da orientadora que eu achei que faziam mais sentido (poucas) e o resto alterando como eu achava que deveria ser” (participante 8)*

b. Eficácia interpessoal (nível 2) – Capacidade de expressar as próprias opiniões e pontos de vista, relativamente à situação

- Asserção e afirmação de si (nível 3)

Exemplos de referências dos participantes:

- *“E também consigo ser mais assertiva com a minha mãe e outros (a senhora em causa, por exemplo) sem me descontrolar emocionalmente”. (participante 14)*

- *“Uma das mudanças que senti foi o facto de eu na 3ª feira de manhã questionar o que se passava e enviar a mensagem a convidar para um café para podermos falar sobre o que aconteceu. Anteriormente não o teria feito, estaria à espera que ora passasse ou ela a falar comigo”*(participante 3)

c. Regulação comportamental (nível 2) – capacidade de autorregulação e autocontrolo do comportamento

Exemplos de referências dos participantes:

- *“depois comecei a conseguir evitar retaliar”* (participante 1)
- *“aprendi a esperar por ouvir o outro lado antes de fazer as minhas próprias ideias”* (participante 12)

2. Atribuição de novos significados à experiência (nível 1)

Os participantes revelam alterações nas perceções e perspetivas, relativas à situação e capacidade de relacionar diferentes dimensões da experiência, de modo a construir novos significados.

Exemplos de referências dos participantes:

- *“noutra fase não seria capaz de relacionar a minha ira com cansaço”* (participante 1)
- *“tento perceber o lado do outro, perceber que todos temos problemas e que eu não sou a única a passar por isto. perceber que às vezes os outros não ajudam mais porque ficam afetados com a minha dor e dizem coisas boas para me por melhor, porque lhes custa ver-me chorar”* (participante 10)
- *“Sei que quando cuido melhor de mim consigo ter mais disponibilidade para os outros, consigo ter alguma capacidade de negociação e sair mais confortada com qualquer decisão que tome. Acho que as relações interpessoais correm tanto melhor quanto mais regulados e cuidados estivermos”.* (participante 4)

- *“esta ansiedade está (bastante) relacionada com o facto de eu querer fazer sempre tudo perfeito ou quase perfeito e nunca desapontar/desiludir as outras pessoas” (participante 5)*

3. Ampliação da Consciência da experiência (nível 1)

Os participantes demonstram a capacidade de construir explicações para as reações e dificuldades e aumento da compreensão relativamente ao impacto das experiências em si e nos outros.

Exemplos de referências dos participantes:

- *“Até fazer psicoterapia era muito carente, o afeto não foi uma base familiar e, como tal acabei por implorar carinho em todo o tipo de relações, através do olhem para mim, sou prestável, sou amiga, sou correta, sou uma cuidadora, sou condescendente, os meus limites são quase ilimitados. Quase pus em causa a minha dignidade”. (participante 11)*
- *“tenho muito trabalho para fazer e que não depende apenas de mim, tento fazer bem o mais rapidamente que consigo mas tenho noção que quero fazer tudo perfeitinho então nunca está bem feito para mim” (participante 10)*
- *“mentira, manipulação e oportunismo. Os três estão interligados e se eu reflectir um pouco, todos eles fazem parte da minha estrutura familiar, com todos eles convivi até ao dia em que pensei; basta!” (participante 11)*

4. Autoaceitação e autoperdão (nível 1)

Os participantes revelam a capacidade de aceitar as características pessoais, inclusive as vulnerabilidades e fraquezas.

Exemplos de referências dos participantes:

- *“esta construção da minha pessoa faz-me olhar ao espelho com orgulho e olhar para o meu interior e sorrir, aceitando-me como sou e rindo-me dos aspetos menos "aceitáveis" que ainda terão de ser trabalhados”*

(participante 11)

- *(Entendo mais facilmente que) Temos dias maus e bons, ninguém é perfeito. Eu não sou perfeita e não tenho que o ser. Sou assim, tenho as minhas qualidades e defeitos. (participante 3)*
- *Os recursos aplicados são a legitimação do meu direito de estar triste e decorrem da terapia pq tenho dificuldades e validar aquilo que sinto (habitualmente passava por cima por ser tido como n importante). (participante 16)*

5. Remoralização e restauração da esperança (nível 1) (7 referências)

O participante apresenta-se como remoralizado e com esperança relativamente ao seu processo de construção da mudança

Exemplos de referências dos participantes:

- *“estou muito mais perto de vencer esta batalha interior de que há uns anos atrás” (participante 3)*
- *“É frustrante e desgastante mas no momento em que me encontro acho que é já muito bom fazer o que faço” (participante 16)*
- *“O facto de os resultados poderem depender apenas de mim neste momento também é uma grande ajuda no que diz respeito ao facto de me sentir melhor, de sentir que posso avançar e de saber com o que posso contar” (participante 7)*

6. Compromisso e cuidado com o self (nível 1)

O participante assume o compromisso de cuidar de si mesmo e atender às suas necessidades, validando-as.

Exemplos de referências dos participantes:

- *“tento tirar um bocado para descansar tb mereço, agora acho-me mais humana, não sou uma máquina de trabalho” (participante 10)*

- *“Muito fala o meu terapeuta em “cuidar de nós”, que até parece que já tenho essas palavras incrustadas em mim! Já começo a perceber o que significam e a maravilha que fazem quando realmente cuido de mim”* (participante 4)
- *“A luta por mim própria é uma grande mudança”. (participante 16)*

7. Autoapreciação e autogratificação (nível 1)

O participante apresenta a capacidade de autocongratular-se e reforçar-se positivamente.

Exemplos de referências dos participantes:

- *“estou muito contente com a forma como atuo atualmente”* (participante 11)
- *“esta construção da minha pessoa faz-me olhar ao espelho com orgulho e olhar para o meu interior e sorrir, aceitando-me como sou e rindo-me dos aspetos menos "aceitáveis" que ainda terão de ser trabalhados”* (participante 11)
- *“Fiquei contente com a forma como superei o problema”* (participante 8)

8. Tomada de responsabilidade e agência (nível 1)

O participante é capaz de demonstrar um papel ativo nas situações em causa, assumindo responsabilidade por si mesmo.

Exemplos de referências dos participantes:

- *“Uma das mudanças que senti foi o facto de eu na 3ª feira de manhã questionar o que se passava e enviar a mensagem a convidar para um café para podermos falar sobre o que aconteceu. Anteriormente não o teria feito, estaria à espera que ora passasse ou ela a falar comigo”* (participante 3)

- *Senti-me e sinto-me mais capaz de tomar decisões e de as levar para a frente (participante 14)*

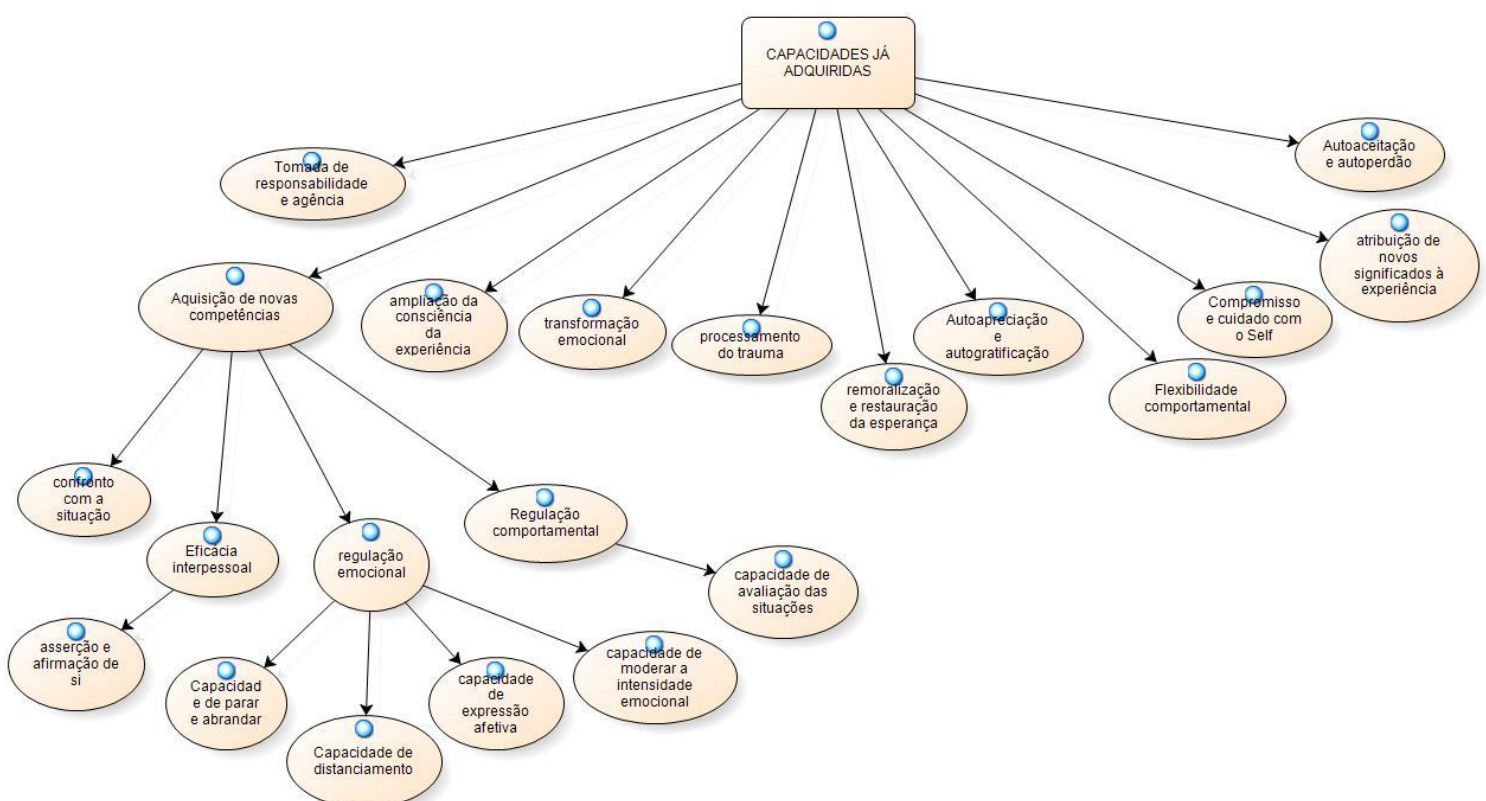
9. Transformação emocional (nível 1)

Existe uma alteração ou substituição das emoções desagradáveis que inicialmente ocorriam na situação, dando lugar ao surgimento de outras, percecionadas como não desagradáveis.

Exemplos de referências dos participantes:

- *“Anteriormente, provavelmente ficaria presa na sensação de culpa ou zangada por este amigo não estar a dar conta do seu comportamento ou triste por pensar que o afeto estaria em perigo. Atualmente sinto-me mais segura e tranquila” (participante 13)*
- *“deixo de experimentar o sentimento de culpa que tanto me atormenta” (participante 4)*
- *“Lido com esta situação muito melhor de que anteriormente, não me sinto culpada” (participante 3)*

**Esquema 2: Árvore de categorias de capacidades estruturais de processamento:
Grupo Capacidades já adquiridas**



CATEGORIAS DE CAPACIDADES ORIENTADAS PARA O FUTURO

Este grupo é constituído por 2 níveis de categorias, sendo que 5 são categorias principais e 4 secundárias 9 categorias de capacidades orientadas para o futuro (esquema 3)

À semelhança do grupo anterior, posteriormente encontram-se discriminadas as categorias com mais de 5 referências (tabela 5, anexo 6), apresentando-se o nome, o nível hierárquico, a sua descrição e exemplos das respostas dos participantes.

1. Projeção de objetivos terapêuticos (nível 1)

Nesta categoria, as referências dos participantes indicam a capacidade de definir objetivos específicos, que gostariam de ver cumpridos ao longo do processo psicoterapêutico. Estes objetivos incluem:

a. Promoção de competências de autorregulação (nível 2)

Exemplos de referências dos participantes:

- *“gostava de ser capaz de me manter indiferente e ser capaz de me expressar com calma sobre o que sinto relativamente à atitude que tiveram comigo e afastar-me sem perder a razão.” (p. 1)*
- *“No futuro gostaria de conseguir gerir (muito) melhor estas situações, de maneira a poder desfrutar mais do trabalho que estou a realizar e levar o dia-a-dia com mais tranquilidade” (p.5)*
- *“queria relativizar mais, acalmar-me melhor sem a ajuda de ninguém” (p.10)*

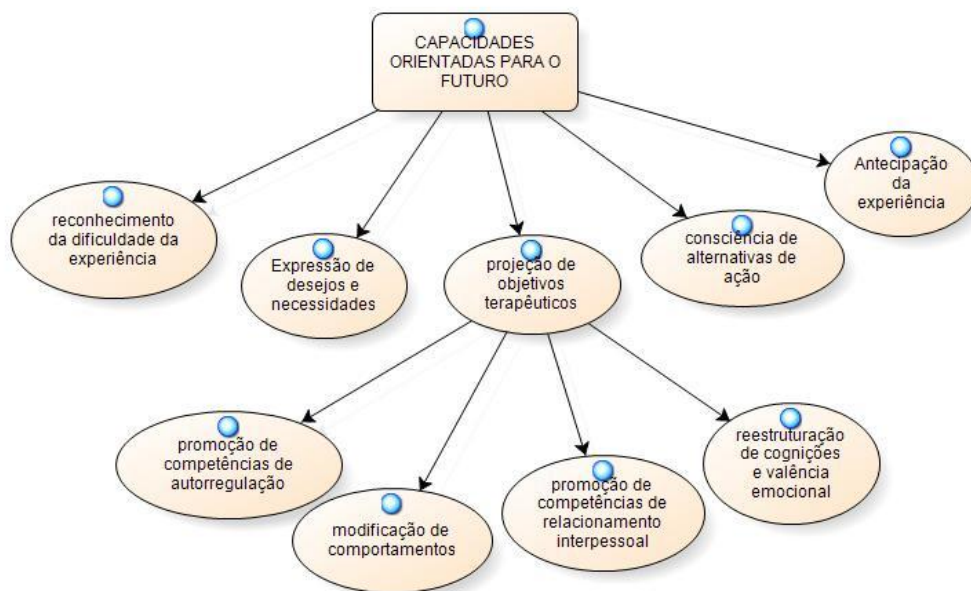
2. Expressão de desejos e necessidades (nível 1)

Os participantes apresentam a capacidade de expressar as suas vontades, desejos e necessidades com projeção no futuro.

Exemplos de referências dos participantes:

- “Apenas avalio a possibilidade do perdão um dia que haja também distanciamento físico (que é necessidade urgente) (p. 2)”
- “tenho que começar a valorizar-me mais e a reconhecer que mereço "ser feliz, porque sim"” (p.5)
- “eu sinto que quero uma coisa tão simples como ser ouvida e deixarem-me estar como estou (i.e respeitada).” (p. 16)

**Esquema 3: Árvore de categorias de capacidades estruturais de processamento:
Grupo Capacidades orientadas para o futuro**



Descrição das categorias mais significativas

Relativamente ao grupo das *Capacidades já adquiridas*, observa-se que as que obtiveram um número mais elevado de referências (número de referências de codificação), e com um maior número de fontes codificadas, isto é, participantes que as referiram, tendo em conta a totalidade dos participantes (N=16) foram (tabela 4, anexo E):

- *Compromisso com o self e remoralização e restauração da esperança*, tiveram 7 referências e foram referidas por 6, em 16 participantes

- *Ampliação da consciência da experiência*, com 16 referências e referida por 10, em 16 participantes;
- *Atribuição de novos significados à experiência*, com 20 referências e referida por 12, em 16 participantes;
- *A capacidade de moderar a intensidade emocional e a autoaceitação e autoperdão*, tiveram 9 referências, sendo referidas por 7 e 9 participantes, em 16, respetivamente;
- *Asserção e afirmação de si*, com 10 referências e referida por 7, em 16 participantes.

As restantes categorias obtiveram menos de 7 referências, em menos de 6 participantes (menos de metade da totalidade dos 16 participantes).

Relativamente ao grupo das “capacidades orientadas para o futuro” (tabela 5, anexo F) que em termos de frequências, a categoria mais significativa é “expressão de desejos e necessidades”, com 13 referências, em 9 dos 16 participantes

V. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Como referido na secção introdutória, a presente dissertação tem a ambição de ser um contributo na investigação dos mecanismos de mudança dos pacientes atualmente em psicoterapia, através da exploração das capacidades e competências descritas pela sua voz e baseadas nas suas vivências diárias, fora das sessões.

Considerando os objetivos propostos, e em primeiro lugar a eficácia do IACEP na avaliação destas estruturas, verifica-se através dos resultados, e ainda que não tenham sido realizadas medidas psicométricas de validade, que o instrumento permite obter respostas dos participantes suficientemente ricas, de modo a explorar-se categorias de capacidades estruturais.

Isto vai ao encontro das conclusões anunciadas tentativamente por Vitor (2009), relativamente à utilidade da primeira versão do IACEP, o TCQ (Teste de Capacidades do Quotidiano), na obtenção de respostas que permitem uma análise destas instâncias.

Além disso, quer para a descrição da recordação dos cenários, quer para a descrição da experiência da mudança, foi possível extrair um número significativo de

categorias representativas, algumas com números elevados de exemplos descritivos presentes nas respostas dos pacientes, como será discutido posteriormente.

Em termos específicos, a escolha dos 16 participantes dos cenários mais ativadores foi variada, pelo que das 19 situações apresentadas, apenas 3 não foram escolhidas por nenhum dos participantes.

Este aspeto volta a dar força ao que Vitor (2009) já tinha adiantado acerca da possibilidade destas situações apresentadas “perturbarem” a população em geral.

Mais interessante é o facto de existirem cenários que foram escolhidos por pelo menos 2 participantes, como é o caso de “Alguém desvaloriza a sua dor”, “Não recebe apoio de quem esperava recebê-lo” e “Alguém toma uma decisão que o implica sem o consultar”.

Ao considerarem-se estes três cenários, verifica-se que centram-se em aspetos como a não validação do sofrimento e a desconsideração das necessidades individuais, sendo os três de natureza interpessoal.

Além disso, segundo Vítor (2009), “Não recebe apoio de quem esperava recebê-lo” e “Alguém desvaloriza a sua dor” fazem parte dos cenários com correlação mais elevada com o fator geral de perturbação (0.67 e 0.61), enquanto “Alguém toma uma decisão que o implica sem o consultar” tem correlação com o fator “desconsideração”.

Uma explicação para este resultado poderá estar relacionada com o facto de serem cenários que ativam em maior grau as *feridas do self* (Wolfe, 2005), como por exemplo o self isolado e sem afeto (“Não recebe apoio de quem esperava recebê-lo”) e o self humilhado (“Alguém desvaloriza a sua dor”)

Esta explicação de ativação das *feridas do self* no momento em que o participante vê o cenário poderá sustentar também a diminuição não significativa da ativação emocional, reportada pelos participantes em relação ao passado e ao presente, em termos médios.

Segundo os resultados o nível de ativação emocional médio atual mantém-se ainda elevado. Considerando este dado à luz das afirmações de Hill et al (2013), vemos que as mudanças poderão ir para além da redução da intensidade dos sintomas, que segundo os autores, prevalecem ao longo da vida e que pouca importância têm quando se tem em conta a perspetiva dos pacientes acerca das suas próprias mudanças.

Neste sentido, seria interessante no futuro, recolher quais os motivos do pedido de ajuda psicológica, para se perceber se a escolha dos cenários pode estar relacionada

com estes motivos, ainda que o objetivo seja que os pacientes selecionem situações de qualquer tipo, do seu dia-a-dia, e não específicas das suas dificuldades.

Estas considerações de Hill et al (2013) podem justificar também as alterações nos níveis de ativação emocional, a um nível intraindividual, explicando assim o facto de existirem participantes que reportam um aumento (participantes 7, 8, 16) e a manutenção (participantes, 1, 2, 5, 15) da ativação, do passado para o presente, em pelo menos um dos cenários.

Este resultado poderá estar também relacionado com o número reduzido de sessões que estes participantes ainda reportam ter.

Além disto, o instrumento poderá não conseguir evitar o enviesamento de algumas respostas dos participantes com base nas suas perceções também enviesadas, em relação à continuidade do processo terapêutico (por exemplo, os pacientes podem considerar o número de sessões, como o total de todas as sessões que já tiveram, ainda que tenham havido várias interrupções e que tenham sido pontuais).

Dentro das hipóteses explicativas poderá incluir-se novamente a natureza dos cenários escolhidos como ativadores das *feridas do self*, e as características globais do próprio processo de mudança. Segundo Mahoney (2004), a mudança não é um fenómeno linear que inclui apenas avanços, sendo caracterizada por momentos também de recuo, que exigem aos indivíduos uma constante reorganização das suas estruturas de funcionamento.

No entanto, 12 dos 16, apresentam uma diminuição significativa no nível de ativação emocional, o que pode estar relacionado com as capacidades adquiridas, em específico de regulação emocional (por exemplo, o paciente 10, que reportou a diminuição da atividade emocional, referiu capacidades como a *capacidade de moderar a intensidade emocional* e *capacidade de parar e abrandar*, ambas subcategorias da *regulação emocional*).

Segundo Pascual-Leone e Greenberg (2007), por detrás da regulação emocional estão mecanismos de processamento emocional, que permite ao paciente processar especialmente os seus estados de ativação emocional negativa.

Este resultado pode também estar relacionado com um fator temporal. Pois a tendência geral que se verifica é que quanto mais sessões, anos de terapia e experiências anteriores, maior é a diminuição da ativação emocional. No entanto, esta correlação de variáveis deverá ser explorada estatisticamente no futuro.

Um dos objetivos deste estudo passa pela exploração da eficácia da ativação emocional através da leitura de cenários ativadores e da tarefa de focagem no reviver do(s) cenários(s) escolhido(s) pelos participantes.

Deste modo, segundo os resultados, após o reviver do cenário, a partir da sua recordação, e o foco nesta experiência a ativação emocional revelou-se em média elevada e semelhante ao nível médio de ativação emocional indicado para o presente.

Sendo assim, a apresentação de cenários ativadores e o pedido para reviver e focar-se nessa recordação, parece estar a ser uma tarefa eficaz na ativação emocional dos participantes, dando força à inclusão desta componente no instrumento como um facilitador da partilha de material significativo por parte dos participantes.

De acordo com Pascual-Leone e Greenberg (2007), a própria experiência emocional é um dos mecanismos transversais da mudança, fazendo ainda mais sentido a sua inclusão na avaliação de outros mecanismos.

Em adição, esta eficácia poderá estar por detrás da descrição detalhada e clara que os participantes fazem dos cenários que escolheram, pelo que foi possível extrair-se 5 categorias principais de descrição (*Tema, Contexto, Intervenientes, Reações do Próprio e Reações dos outros*) e 9 subcategorias, algumas delas com um número elevado de referências destacando-se das restantes, e referidas pela totalidade dos participantes, como é o caso da categoria “*Emoções*”, que inclui as descrições das reações emocionais que os participantes dizem ter experimentado quando envolvidos no cenário.

Segundo, Ford, Addis, & Giovanello (2012), um nível de ativação emocional elevado aumenta a vivacidade e riqueza da recordação, aproximando-a do acontecimento real, facilitando a construção da sua narrativa, fenómeno que poderá sustentar a possibilidade de se terem extraído várias categorias, algumas com um número significativo de referências. Holland e Kensinger (2010) defendem também que as memórias, especialmente as autobiográficas (o sistema de memória que mais inspirou a construção e revisão do IACEP) são frequentemente recordadas com grande vividez e pormenores sensoriais e percetivos ricos.

Abordando em específico o número elevado de referências para a subcategoria “*Emoções*” (96), sabe-se que ao nível das memórias autobiográficas, o que “guardamos” e o que será mais fácil de recuperar são as componentes mais salientes e centrais da experiência, que segundo Berntsen e Rubin (2002) e Holland e Kensinger (2010), são geralmente as emoções.

Uma explicação alternativa para os participantes terem mais facilidade em descrever emoções, poderá estar no facto da ativação emocional ser promotora da atenção focada no *self*. Segundo Carver (1979) este processo tem a função de direcionar a pessoa para “dentro de si mesma”, facilitando a descrição de estados e dimensões internas, tanto mais quanto mais intensa for a ativação.

Em suma, a apresentação dos cenários ativadores em conjunção com a tarefa de reviver imagetivamente a situação e de focarem a atenção nessa experiência, parece ter por base a ativação do ciclo “cenário-ativação-descrição”.

Como Damásio (2011) adianta, perante a apresentação dos cenários (triggers), são ativadas imagens mentais em simultâneo com as emoções a elas associadas. Este processo parece ser facilitado devido ao que Tomkins (1962a, 1962b) refere como o despertar do afeto básico interesse/excitação, aumentando assim a atividade cerebral dos participantes e consequentemente a probabilidade de fazerem descrições claras e pormenorizadas das suas experiências.

Simultaneamente, esta evocação de imagens mentais e a consequente narrativa dos indivíduos relativamente à sua recordação, são facilitadas pela ativação de emoções e pelo envolvimento pessoal nas situações (Holland e Kensinger, 2010)

Neste sentido a utilização das vinhetas ou cenários como indutores de imagens mentais e emoções parece estar justificada, fazendo sentido a opção por esta metodologia numa investigação acerca de mecanismos de mudança. À semelhança do que Muran e Segal (1992) constataram, as vinhetas ou cenários são um método eficaz na ativação de representações que os pacientes têm de si mesmos, dos outros e do mundo e na construção de respostas que reproduzam a sua arquitetura mental e da forma como reagem e interagem ao meio e com os outros.

Estas conclusões representam uma implicação metodológica, que assenta na importância de medir capacidades “a quente” e de uma forma muito mais experiencial, aproximando a descrição das mudanças ao que acontece na realidade dos pacientes, tentando expô-los a situações com as quais podem ser confrontados no seu quotidiano, o que vai encontro do que Doss (2004) refere quanto à especificidade do estudo dos mecanismos “além-fronteiras terapêuticas”.

Deste modo faz-se aqui uma tentativa de ter uma representação o mais possível aproximada à realidade, em termos dos que os pacientes já são capazes de fazer para gerir as situações desafiantes do dia-a-dia, e também das dificuldades que ainda sentem, permitindo descreverem as experiências pessoais do seu ponto de vista, e não do ponto

de vista do investigador, como acontece nos instrumentos de autorrelato (Hill et al, 2013).

Sendo assim, não é ao acaso que é pedido aos participantes que descrevam os cenários antes da descrição das mudanças, funcionando estas narrativas como o contexto sobre o qual os participantes refletem acerca daquilo em que se sentem diferentes. Isto porque, segundo Mahoney (2004) não é possível dissociar o processo de mudança do contexto em que ocorre.

Em relação aos segundo e terceiro objetivos desta dissertação, procurou-se a identificação de capacidades potenciadas e adquiridas pelos participantes, que permitissem explorar que tipo de mecanismos poderão explicar o como da mudança, ao longo da terapia.

Deste modo foram encontrados dois grandes *clusters* de capacidades estruturais: o grupo das capacidades já adquiridas e o grupo das capacidades orientadas para o futuro.

A necessidade de diferenciar estes grupos passa em primeiro lugar pela natureza das categorias de capacidades que os constituem, pelo que do primeiro grupo fazem parte capacidades que poderão já estar estruturadas no funcionamento dos participantes e do segundo fazem parte capacidades cuja conquista aparenta ser projetada para o futuro ou capacidades que associadas à possibilidade das situações ocorrerem no futuro.

Ainda que as capacidades mais significativas para os participantes sejam aquelas que parecem surgir como estruturadas no seu funcionamento o facto deles projetarem conquistas futuras, por exemplo em termos de objetivos terapêuticos (categoria “projeção de objetivos terapêuticos”), poderá ser importante no processo de mudança.

Se considerarmos a teoria da mudança do Modelo de Complementaridade Paradigmática de Vasco (2006), verificamos que, na sequência de 7 fases de mudança, a última incide essencialmente sobre a antecipação do futuro, pelo que os pacientes deverão ser capazes de antecipar recursos para lidar com as situações e de se projetarem no futuro, em relação com o self, os outros e o mundo.

Assim, parece fazer sentido considerar categorias relacionadas como a antecipação de conquistas e a antecipação da experiência como mecanismos que ajudam na construção de mudanças globais, e que são importantes para os pacientes, na medida em que são os próprios que as referem como parte da sua experiência.

Relativamente a capacidades que os participantes já consideram adquiridas, das competências estruturais descritas a *atribuição de novos significados à experiência*

parece ser a mais relevante na maior parte dos participantes. A capacidade de apresentar perspectivas diferentes em relação às dificuldades e de construir novos significados para as vivências, parece ser um dos mecanismos que facilita e sustenta as mudanças dos pacientes, aqui considerados.

Além desta capacidade, os participantes também expressam, com mais frequência, experiências que vão ao encontro da *ampliação da consciência da experiência*, que consiste na capacidade de construir explicações para as reações e dificuldades e aumento da compreensão relativamente ao impacto das experiências em si e nos outros.

Estas capacidades estruturais parecem ir ao encontro do mecanismo geral de mudança *Clarificação de Significado*, de Grawe (1997), que remete para a capacidade de explicar as razões por detrás da ameaça que uma situação representa, dando lugar a novas perspectivas e visões das situações.

Além disso parecem também aproximar-se dos mecanismos de mudança, transversais aos modelos de terapia, cognitivo e dinâmico, *ganhos na autocompreensão de padrões interpessoais*, na medida em que se referem à aquisição de competências de compreensão e consciência de fatores que estão na origem das dificuldades, muitas vezes, relacionais (Gibbons et al, 2009).

Estas duas categorias de capacidades vão também ao encontro do mecanismo de *perceção do novo self*, de Higginson e Mansell (2008), que constitui perceção de alterações na relação com o self e a autocompreensão.

Olhando para estas capacidades, segundo o Modelo de 7 Fases, de Vasco, 2006, *atribuição de novos significados à experiência* corresponde à fase 3 – *construção de novos significados relativos à experiência e ao próprio* –, e *ampliação da consciência da experiência* corresponde à fase 2 – *ampliação da consciência da experiência e do próprio*. Estas duas fases englobam objetivos estratégicos específicos, nomeadamente a exploração do impacto das situações em si e nos outros, a tomada de consciência de conflitos entre necessidades e partes de si, a construção de significados reparadores e a formulação de novas ligações ou explicações para as suas atitudes e comportamentos.

Além disto, as categorias em causa parecem assemelhar-se ao que, numa meta-análise qualitativa acerca de eventos significativos em sessão, na perspectiva dos pacientes, Timulak (2008), definiu por *consciência/insight/autocompreensão*.

Incidindo sobre a perspectiva dos terapeutas acerca de fatores que facilitam a mudança dos pacientes, Levitt, e Williams (2010), concluiu, que a *orientação para a estruturação da consciência*, é apontado de forma transversal.

Assemelhando-se às capacidades que aqui discutimos (atribuição de novos significados à experiência e ampliação da consciência da experiência), parece que ambas são definidas como das mais significativas na mudança dos pacientes, quer pelos próprios (perspetiva sobre a qual incide o presente estudo) quer por terapeutas, e mesmo quando as abordagens metodológicas são distintas.

Com menos referências e encontradas em menos participantes que as anteriores, mas ainda merecedoras de atenção, estão a *asserção e afirmação de si*, a *capacidade de moderar a intensidade emocional*, enquanto competência de regulação emocional, a *autoaceitação e o autoperdão*, *compromisso com o self* e *remoralização e restauração da esperança*.

Estas são também exemplos de conquistas feitas pelos pacientes que poderão explicar os resultados finais e o sucesso da terapia, e que foram referidos também por outros autores, ainda que com designações diferentes.

Grawe (1997) e Gibbons et al (2009) também dão ênfase à *aquisição de competências novas competências*, como aprendizagem de formas mais satisfatórias de gerir as situações difíceis e de competências compensatórias, que permitem a resolução de problemas, respetivamente.

Já *autoaceitação e o autoperdão*, *compromisso com o self* e *remoralização e restauração da esperança*, estão relacionadas com as *melhorias na visão do self*, mecanismo introduzido também por Gibbons et al (2009)

Relativamente às capacidades orientadas para o futuro, a mais significativa parece ser a *expressão de desejos e necessidades*, que ao mesmo tempo que apela a capacidades de antecipação e projeção do futuro (Vasco 2006), apela também para características de autocompreensão.

Em termos gerais, conclui-se que os pacientes foram capazes de descrever as suas conquistas e as mudanças que já experienciaram, durante o processo psicoterapêutico, colocando-as em prática na gestão das situações do dia-a-dia com que são confrontados, de uma forma que consideram mais satisfatória, pelo que parecem ter ganho novos insights sobre as suas dificuldades e sobre si mesmos, demonstrando uma posição aceitante, de cuidado com o self e validação das próprias necessidades, apresentando-se como remoralizados e com esperança no futuro.

Um dos aspetos a considerar, é que estas capacidades parecem fazer parte de uma dimensão intrapessoal da mudança, com orientação para o self e para a relação dos pacientes consigo mesmos, aproximando-se das categorias de mudança *melhor autocompreensão e insight* e *aceitação e valorização pessoal*, apontadas pelos pacientes como das mais importantes, num estudo de Binder, Holgersen e Nielsen (2010) acerca da perspectiva dos pacientes sobre o que são “bons” resultados da psicoterapia. Também Connolly e Strupp (1996) verificaram que além da redução de sintomas, os pacientes reportam como mais importantes mudanças ao nível do autoconceito, como a promoção da autocompreensão e da autoconfiança.

Afastando-nos um pouco das categorias específicas encontradas, um dado que merece atenção é a inclusão de 2 participantes que já não estão atualmente em terapia, dado este que dá informação relativamente à possibilidade de se avaliarem e detetarem mecanismos em diferentes momentos do processo terapêutico, inclusive no final.

Perante todas estas considerações, verifica-se então que a importância de estudar mecanismos de mudança, também do ponto de vista qualitativo com o recurso à perspectiva dos clientes sem a obrigatoriedade de paradigmas de investigação e análises estatísticas nem sempre possíveis nos consultórios do mundo real, está na possibilidade de clarificar a questão há muito em debate de “como é que a psicoterapia produz mudança”?

Conclui-se então que as capacidades capturadas nas reflexões dos pacientes refletem a sua arquitetura mental (Conceição 2010), podem corresponder a mecanismos de mudança (Doss, 2004), e podem ser consideradas resultados intermédios da psicoterapia (Greenberg, 1986; Orlinsky et al, 2004), que permitem a consolidação, generalização e estabilização das mudanças, no contexto natural do paciente, possibilitando a gestão de situações da vida quotidiana.

Habitualmente estas dimensões tendem a ser estudadas estatisticamente e ligados a modelos e orientações teóricas definidas e restritas. No entanto, estudo dos mecanismos, como aqui foi realizado, afasta-se desta vertente, tecendo considerações não específicas de escola, dando por isso mais um contributo para a integração no mundo da psicoterapia.

No entanto antecipam-se algumas limitações, tanto a nível conceptual como a nível metodológico.

A nível conceptual, a desordem que existe na definição do conceito e a confusão que muitas vezes é gerada entre mecanismos de mudança do paciente, mecanismos de ação da terapia, processos de mudança da terapia e processos de mudança do paciente (Conceição, 2010), aumenta a dificuldade na operacionalização do constructo.

A nível metodológico, as principais limitações surgem em torno da construção e utilização do IACEP.

Em primeiro lugar, além da amostra ser reduzida (N=16), por ser um estudo de carácter exploratório não é possível fazer generalizações dos resultados, além de que, a abordagem, sendo qualitativa, pretende capturar experiências mais individualizadas.

Em termos de resultados, coloca-se também a questão da subjetividade dos investigadores na análise das respostas dos pacientes, sendo por isso um desafio a estudos futuros fazer uma análise inter-observadores, como a *Consensual Qualitative Research* (Hill et al., 2005).

Relativamente ao instrumento, devido ao facto de incidir sobre uma abordagem ainda pouco explorada, verifica-se que a utilização de vinhetas ou cenários pode apresentar algumas limitações, entre as quais, a inviabilidade de espelhar a experiência dos participantes no cenário, tal como ela ocorreu. Sabemos que imaginar e recordar não é o mesmo que viver, e que as memórias não são armazenadas como “fotografias” dos eventos específicos, sendo construídas e reconstruídas a partir das perceções e do conhecimento (Holland e Kensinger, 2010)

Especificamente em relação à construção dos cenários, de acordo com Renold (2002), na construção das vinhetas deve ter-se em atenção a introdução de detalhes contextuais suficientes para que o participante tenha mais facilidade em colocar-se na situação. Os cenários apresentados no IACEP poderão correr o risco de serem vagos e muito gerais. No entanto isto foi intencional, com vista a respeitar a construção e interpretação idiossincrática de cada um dos participantes. Isto é, ainda que sejam cenários que ativem a maior parte dos participantes (componente nomotética), o mais importante é como é que os participantes experienciam individualmente essa ativação e o que significa o cenário em termos de vivências pessoais (componente idiossincrática).

Finalmente, devido às características exploratórias do estudo e das dimensões da amostra, pode haver um excesso de categorias, e categorias sem viabilidade para serem consideradas mecanismos por serem muito específicas e idiossincráticas.

Mantendo presente estas limitações, as conclusões retiradas do presente estudo têm implicações relevantes, que aproximam a investigação à prática clínica.

Ao nível da investigação, a presente dissertação e as conclusões retiradas são mais um contributo para o estudo dos mecanismos de mudança, numa perspetiva integradora, transteórica e transdiagnóstica, num paradigma qualitativo com recurso à perspetiva dos pacientes.

Considerando esta perspetiva integrativa, é relevante ter em conta a possibilidade de algumas das categorias encontradas corroborarem e contribuírem com evidência empírica adicional para as setes fases sequenciais da mudança, do modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2006).

Por exemplo, as categorias mais significativas, atribuição de novos significados à experiência e ampliação da consciência da experiência, assemelham-se quer em descrição quer em designação da fase 3 – Construção de novos significados relativos à experiência e ao próprio – e da fase 2 – ampliação da consciência da experiência e do próprio.

Também a categoria aquisição de novas competências, vai ao encontro da fase 5 – implementação de ações reparadoras – pelo que, essencialmente, o mecanismo de mudança assenta na capacidade do paciente afirmar-se eficazmente nas situações, lidar e gerir os obstáculos, de forma autorregulada, emocional e comportamentalmente.

A categoria autoaceitação e autoperdão e compromisso e cuidado com o self, parecem ir ao encontro das fases 4 – regulação da responsabilidade – e fase 6 – consolidação da mudança, traduzindo a capacidade de assumir o compromisso pela validação das suas necessidades e pelo cuidar de si, aceitando as suas vulnerabilidades.

Neste sentido, o presente estudo parece ser mais uma evidência empírica para a necessidade de se considerar o processo de mudança dos pacientes ao longo das sete fases de mudança, olhando para os objetivos estratégicos específicos de cada uma delas como capacidades estruturais sequenciais que os pacientes adquirem ao longo da terapia, como Conceição 2010 já havia adiantado.

Mais uma vez, estas considerações dão força à urgência de se olharem para os mecanismos de mudança com as lentes da integração, na medida em que existem evidências empíricas, como estas que apresento, que suportam que estes mecanismos são comuns a diferentes abordagens

Simultaneamente, a um nível mais elevado de abstração, estas conclusões possibilitam o avanço na clarificação da questão de como a terapia gera mudança, através da descrição e operacionalização dos mecanismos que parecem estar a sustentar os resultados finais e a eficácia da terapia, podendo com isto ser um ponto de partida

para futuras investigações, quer neste âmbito, quer na integração de processos, mecanismos e resultados finais (Doss, 2004).

Em termos metodológicos, o IACEP, parece ser um instrumento viável na avaliação destes mecanismos, em diferentes fases do processo psicoterapêutico, tendo por base uma nova abordagem metodológica mais experiencial, que tenta reduzir a clivagem entre os instrumentos de avaliação das mudanças e a realidade vivenciada pelos pacientes.

Relativamente à prática clínica, as conclusões aqui delineadas direcionam-se para a relevância de considerar as capacidades que os pacientes vão demonstrando conquistar ao longo do processo terapêutico, inclusive após poucas sessões, no sentido de, enquanto terapeutas, adequarmos as intervenções aos nossos pacientes e redefinirmos objetivos terapêuticos, tanto pela captura de potencialidades, como pela captura de vulnerabilidades, otimizando a tomada de decisão. Tal como indicam as linhas orientadoras do Modelo de Complementaridade Paradigmática (Vasco, 2001). Já Conceição (2010) afirmava que as mudanças na tomada de decisão dos terapeutas devem acompanhar as mudanças dos pacientes.

Atender explicitamente às conquistas em geral e aos mecanismos de mudança em particular, poderá também aproximar os terapeutas da realidade dos pacientes, possibilitando responder à questão lançada na introdução, de como estão os pacientes a enfrentar as situações desafiantes do dia-a-dia.

Mais ainda, possibilita um avanço na compreensão de como a psicoterapia influencia e qual o seu impacto no quotidiano dos pacientes (Watchel, 1997; Dreier, 2008). Para além de atender, levanta-se também a questão de até que ponto é terapêutico processar frequente e explicitamente estas conquistas à medida que se vão acumulando e mostrando, como é fortemente sugerido pelo modelo AEDP (Fosha, 2001)

Como sugestões para futuras investigações, juntando ao que tenho vindo a referir, aponto a possibilidade de replicação desta investigação, tentando ultrapassar algumas das suas limitações, nomeadamente através da inclusão de vários juizes no processo de extração de categorias, assim como o aumento do número de participantes, para se explorar a formação de *clusters* de capacidades mais globais e com menor variabilidade.

Futuramente, também seria uma mais-valia para a compreensão da mudança, perceber até que ponto as capacidades conquistadas estão correlacionadas (verificar por

exemplo índices estatísticos de correlação), e explorar se existe evolução e sequencialidade nessas capacidades. Manter-se-ão todas e intactas ao longo da terapia? Haverá transformação? Haverá capacidades específicas para as diferentes fases do processo psicoterapêutico?

Estas são questões que podem ser tidas em conta para investigações futuras no âmbito dos mecanismos de mudança.

REFERÊNCIAS

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. doi: 10.1037/0012-1649.23.5.611
- Barter, C., & Renold, E. (2010). 'I wanna tell you a story': Exploring the application of vignettes in qualitative research with children and young people. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(4), 307–323. doi:10.1080/13645570050178594
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berntsen D, & Rubin D.C. (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the life span: the recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories. *Psychol Aging*, 17(4), 636-52.
- Binder, P.E., Holgersen, H. and Høstmark Nielsen, G. (2010) What is a good outcome in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research*, 20: 285–294.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic analysis and code development*. California: SAGE Publications
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101.
- Brauer, P. M., Hanning, R. M., Arocha, J. F., Royall, D., Goy, R., Grant, A., Dietrich, L., Martino, R. & Horrocks, J. (2009). Create case scenarios or vignettes using factorial study design methods. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1937–1946. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05055.x

- Carlson, R. (1981). Studies in script theory: I. Adult analogs of a childhood nuclear scene. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 501–510.
- Carroll, J.S. (1978). The effect of imagining an event on expectations for the event: An interpretation in terms of the availability heuristic. *Journal of Experimental Social Psychology*, 14, 88-96.
- Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal Levels of Emotional Arousal in Experiential Therapy of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 190–199. doi:10.1037/a0018401
- Carver, C. S. (1979). A cybernetic model of self-attention processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1251-1281.
- Conceição, N. (2010). *If you want to get ahead, get a sequence of general strategies: integrative decision making in real-world psychotherapy*. (Tese de Douturamento não publicada). Universidade de Lisboa.
- Connolly, M., & Strupp, H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 6, 30-42.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M., & Mukherjee, D. (2013). Process-outcome research. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6th ed., pp. 298–340). New York, NY: Wiley.
- Damásio, A. (2011). *O Erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Círculo de Leitores – Temas e Debates.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: Construção do Cérebro Consciente*. Lisboa: Círculo de Leitores – Temas e Debates.
- Doss, B. D. (2004). Changing the Way We Study Change in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368–386. doi:10.1093/clipsy.bph094

- Dreier, O. (2008). *Psychotherapy in Everyday Life*, Cambridge University Press.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–327.
- Finch, J. (1987). The Vignette Technique in Survey Research. *Sociology*, 21(1), 105–114. doi:10.1177/0038038587021001008
- Ford, J. H., Addis, D. R., & Giovanello, K. S. (2012). Differential effects of arousal in positive and negative autobiographical memories. *Memory*, 20(7), 771–778. doi:10.1080/09658211.2012.704049
- Gendlin, E.T. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6(1), 4-15.
- Gibbons, M. C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Stirman, S. W., Gallop, R., Goldstein, L. A., Temes, C.M., & Ring-kurtz, S. (2009). Unique and Common Mechanisms of Change Across Cognitive and Dynamic Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 801–813. doi:10.1037/a0016596
- Given, L. M. (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. California: SAGE Publications.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., ... Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(3), 344–57. doi:10.1080/10503300902914147
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: which treatment effects support them? *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 13(1), 43–58. doi:10.1093/ptr/kpg006
- Grawe, K. (1997). Research-Informed Psychotherapy RESEARCH-INFORMED

PSYCHOTHERAPY. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1–19.

doi:10.1080/10503309712331331843

Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.

Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research : An Update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196–205. doi:10.1037/0022-0167.52.2.196

Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and Reenvisioning the Outcome Problem in Psychotherapy : An Argument to Include Individualized and Qualitative Measurement. *Psychotherapy*, 50(1), 68–76. doi:10.1037/a0030571

Higginson, S., & Mansell, W. (2008). What is the mechanism of psychological change? A qualitative analysis of six individuals who experienced personal change and recovery. *Psychology and Psychotherapy*, 81, 309-328. doi:10.1348/147608308X320125

Hilsenroth, M. J. (2013). Introduction to the 50th anniversary special issue on psychotherapy outcome: a return to the beginning. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(1), 1–2. doi:10.1037/a0031718

Holland, A., & Kensinger, E. A. (2010). *Phys Life Rev*, 7(1), 88–131. doi:10.1016/j.plrev.2010.01.006

Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 37(4), 382-386.

Johansson, P., & Høglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(1), 1–9. doi:10.1002/cpp.514

Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and

- adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 44(8), 1116–29.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27.
doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418–429. doi:10.1080/10503300802448899
- Knight, R. P. (1941). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 98, 434–446.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(1), 42–51. doi:10.1037/a0030682
- Lapatin, S., Gonc, M., Nillni, A., Chavez, L., Quinn, R. L., Green, A., & Alegri, M. (2011). Lessons from the Use of Vignettes in the Study of Mental Health Service Disparities. *Health Services Research*, 47 (3), 1345–1363. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01360.x
- Lench, H. C., Flores, S. A., & Bench, S. W. (2011). Discrete Emotions Predict Changes in Cognition , Judgment , Experience , Behavior , and Physiology: A Meta-Analysis of Experimental Emotion Elicitations Major Theories of Emotion. *Psychological Bulletin*, 137(5), 834–855. doi:10.1037/a0024244
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counselling Psychology*, 53, 314-324
- Levitt, H. M., & Williams, D. C. (2010). Facilitating client change: principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(3), 337–52.
doi:10.1080/10503300903476708

- Mahoney, M. J. (2004). Human Change Processes and Construtive Psychotherapy. In A., Freeman, M. J. Mahoney, P. Devito, & D. Martin (Eds). *Cognition on Psychotherapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Mahoney, M. J. (1998). *Processos Humanos de mudança: As Bases Científicas da Psicoterapia*. Porto Alegre: ArtMed.
- Mander, J. V., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 23(1), 105–16. doi:10.1080/10503307.2012.744111
- Mander, J., Schlarb, A., Teufel, M., Keller, F., Hautzinger, M., Zipfel, S., ... Sammet, I. (2014). The Individual Therapy Process Questionnaire: Development and Validation of a Revised Measure to Evaluate General Change Mechanisms in Psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1892
- Messer, S. B. (2013). Three mechanisms of change in psychodynamic therapy: insight, affect, and alliance. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(3), 408–12. doi:10.1037/a0032414
- McLeod, J. (2013) Qualitative research: methods and contributions. In M.J. Lambert (ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edn (pp. 49-84), New York: Wiley
- Muran, J. C; Segal, Z. V. (1992). The development of an idiographic measure of self-schemas: An illustration of the construction and use of self-scenarios. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(4), 524-535.
- Muran, J., Segal, Z. & Samstag, L. (1994). Self- scenarios as a repeated measures outcome measurement of self-schemas in short-term cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 25, 255-274.

- Muran, J., Samstag, L., Segal, Z. & Winston, A. (1998). Interpersonal scenarios: An idiographic measure of self-schemas. *Psychotherapy Research*, 8, 321-333.
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6–27.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). (pp.307-390). New York: Wiley.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: why “the only way out is through.”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875–87. doi:10.1037/0022-006X.75.6.875
- Poulou, M. (2006). The role of vignettes in the research of emotional and behavioural difficulties. *Emotional and Behavioural difficulties*, 6(1), 37–41. doi:10.1080/13632750100507655
- Preston, L. (2005). Two Interwoven Miracles: The Relational Dimension of Focusing Oriented Psychotherapy. *Focusing Institute*, www.focusing.org/fot/fot_articles.html
- Renold, E. (2002). Using vignettes in qualitative research. *Building Research Capacity*, 3, pp.3-5.
- Schaefer, A., & Sanchez, X. (2010). Assessing the effectiveness of a large database of emotion-eliciting films : A new tool for emotion researchers. *Cognition and Emotion*, 24(7), 1153–1172. doi:10.1080/02699930903274322
- Schoenberg, N.E. & Ravdal, H. (2000). Using vignettes in awareness and attitudinal research. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*. 3 (1), 63-74.
- Strupp, H. H.(1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy*:

- Theory, Research & Practice*, 1(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.1037/h0088565>
- Timulak, L. (2008). *Research in Psychotherapy and Counselling*. London: Sage Publications.
- Tomkins, S. S. (1962a). *Affect Imagery Consciousness: The Positive Affects*. Vol. 1. New York: Springer Publishing.
- Tomkins, S. S. (1962b). *Affect Imagery Consciousness: The Negative Affects*. Vol. 2. New York: Springer Publishing.
- Vasco, A. B. (2001). Fundamentos para um modelo integrativo de “complementaridade paradigmática”. *Psicologia*, XV, 219-226.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.
- Vitor, J. (2009). *Resultados intermédios da psicoterapia saem à rua: Mecanismos de mudança nas respostas a situações perturbadoras do quotidiano?* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa.
- Wachtel, P.L. (1997). *Psychoanalysis, Behavior Therapy, and the Relational World*. Washington, DC: American Psychological Association).
- Wampold, B. E. (2013). The good, the bad, and the ugly: a 50-year perspective on the outcome problem. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(1), 16–24.
doi:10.1037/a0030570
- Wertz, F. J., Charmaz, K., McCullen, L. M., Josselson, R., Anderson, R., & McSpadden, E. (2011). Five ways of doing qualitative analysis: Phenomenological psychology, Grounded theory, Discourse analysis, narrative research and intuitive inquiry. New York: The Guilford Press.

Wolfe, B. E. (2005). *Understanding and treating anxiety disorders: An integrative approach to healing the wounded self*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11198-000

Wood, J. Y., Saltzberg, J. A., & Goldsamt, L. A. (1990). Does Affect Induce Self-Focused Attention? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 899–908.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

ANEXOS

Anexo A - Conjunto dos 19 cenários do TCQ (Vitor, 2009) e do IACEP (Maia e Conceição, 2014)

Alguém passa a desconsiderá-lo de um momento para o outro.

Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo.

Alguém se zanga consigo sem explicar porquê.

Alguém expressa ter ficado magoado consigo.

Não demonstram interesse na sua opinião

Não expressam entusiasmo em estar consigo.

Alguém desvaloriza a sua dor.

Fica de fora num momento em que esperava ser incluído.

Deixam-no sozinho quando menos espera.

É o principal responsável num projecto importante.

Está sozinho há alguns dias e ninguém o contacta.

Alguém toma uma decisão que o implica sem o consultar.

Apercebe-se que andam a falar mal de si nas suas costas.

Tem um prazo para cumprir e falha-o.

Mentem-lhe.

Alguém próximo afasta-se de si.

Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo.

É acusado de não ter feito algo que esperavam de si .

Alguém lhe dá a entender que irá perder o seu afecto .

Anexo B - Instrumento de recolha de dados – Versão utilizada na plataforma online

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CAPACIDADES ESTRUTURAIS DE PROCESSAMENTO (IACEP)

Consentimento Informado

O meu nome é Patrícia Filipa Feliciano Maia, e estou a realizar a minha investigação no âmbito da Tese de Mestrado em Psicologia Clínica – Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativa, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob a orientação do Professor Doutor Nuno Conceição. Com o tema Mecanismos de Mudança no Paciente e Resultados Intermédios em Psicoterapia: Capacidades Estruturais de Processamento nas Respostas a Situações do Quotidiano, o meu principal objetivo é investigar em que medida, pacientes em terapia, demonstram a aquisição de competências, nas suas reações a situações prováveis de ocorrerem no dia-a-dia de modo a lidarem com elas de forma mais satisfatória. Neste sentido, solicito a sua colaboração na resposta a um questionário, que terá a duração mínima aproximada de 40 minutos (no mínimo 20 minutos para cada situação) e implicará a imaginação de duas situações que poderão mexer consigo, seguida da resposta aberta a algumas questões. Este estudo não lhe trará riscos e caso seja sua vontade poderá desistir a qualquer momento. A participação é totalmente anónima e as informações recolhidas serão exclusivamente para fins académicos, comprometendo-me a assegurar a sua total confidencialidade e privacidade. Qualquer questão que lhe surja relativamente à sua participação ou à investigação, incluindo os seus resultados, estarei disponível para esclarecer ou fornecer informação, através do seguinte contato de correio electrónico: patricia.ffmaia@gmail.com.

Ao prosseguir para o questionário declaro que li e compreendi as informações fornecidas e aceito colaborar voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Q1 Sexo

- ☐ Masculino (1)
- ☐ Feminino (2)

Q2 Idade

Q3 Nacionalidade

Q4 Grupo étnico ou racial com que mais se identifica

- ☐ Caucasiano (13)
- ☐ Africano (3)
- ☐ Caucasiano-Africano (11)
- ☐ Asiático (10)
- ☐ Outra (por favor, especifique) (12) _____

Q5 Situação conjugal

- ☐ Está numa relação (1)
- ☐ Não está numa relação (2)

Q6 Nível de escolaridade

- ☐ Ensino básico (1)
- ☐ Ensino secundário (2)
- ☐ Ensino superior (3)

Q7 Ocupação profissional atual

Q8 Experiência de psicoterapia(s) e duração aproximada dela(s) (Exemplo: 2 experiências, uma durante 6 meses e outra durante 3 meses)

Q9 Mês e ano de início da atual psicoterapia

Q10 Número estimado de sessões da atual psicoterapia (até à data de hoje)

Q11 Modalidade da atual psicoterapia

- ☐ Semanal (1)
- ☐ Quinzenal (2)
- ☐ Outra (por favor, especifique) (3) _____

Q12 Se souber, descreva o tipo de terapia ou modelo de terapia que está a fazer

Q13 Para prosseguir para o questionário pressione o ícone » (avançar), que está no canto inferior direito da página. Obrigada!

Q0 Todos nós passamos por situações que mexem connosco emocionalmente e face às quais estamos convidados a (re)agir. Consoante a nossa (re)ação, interna e/ou externa, podemos ficar mais ou menos satisfeitos, a sentir mais ou menos bem-estar, mais ou menos mal-estar. Espera-se, que ao longo de um processo psicoterapêutico bem-sucedido, as nossas capacidades para lidar com os desafios que a vida quotidiana nos coloca aumentem e que vivamos progressivamente mais satisfeitos com a forma como reagimos ou lidamos com eles.

Q1 De seguida, são apresentadas dezanove situações ou cenários suscetíveis de mexerem consigo e de lhe gerarem atividade emocional. Destes escolha e arraste para a caixa (que se encontra no lado direito e que aumenta o tamanho à medida que se colocam os cenários), até um total de 7 cenários que têm maior probabilidade de mexer consigo. Feita esta seleção, ordene-os dentro da caixa preocupando-se exclusivamente com as duas primeiras posições, onde queremos que coloque aqueles 2 cenários com maior probabilidade de mexerem consigo. Para esta escolha tenha presente uma experiência passada recentemente, na última semana ou quinzena, desde que marcante ao ponto de se lembrar com facilidade dos seus detalhes.

Cenários com maior probabilidade de mexerem consigo

- _____ Alguém passa a desconsiderá-lo de um momento para o outro. (1)
- _____ Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo. (2)
- _____ Alguém se zanga consigo sem explicar porquê. (3)
- _____ Alguém expressa ter ficado magoado consigo. (4)
- _____ Não demonstram interesse na sua opinião (5)
- _____ Não expressam entusiasmo em estar consigo. (6)
- _____ Alguém desvaloriza a sua dor. (7)
- _____ Fica de fora num momento em que esperava ser incluído. (8)
- _____ Deixam-no sozinho quando menos espera. (9)
- _____ É o principal responsável num projeto importante. (10)
- _____ Está sozinho há alguns dias e ninguém o contacta. (11)
- _____ Alguém toma uma decisão que o implica sem o consultar. (12)
- _____ Apercebe-se que andam a falar mal de si nas suas costas. (13)
- _____ Tem um prazo para cumprir e falha-o. (14)
- _____ Mentem-lhe. (15)

_____ Alguém próximo afasta-se de si. (16)

_____ Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo. (17)

_____ É acusado de não ter feito algo que esperavam de si. (18)

_____ Alguém lhe dá a entender que irá perder o seu afeto. (19)

Q2 1. a) Perante o primeiro cenário - cenário 1 - que considerou ter potencial de lhe gerar maior ativação, tensão ou mal-estar, qual era o nível de ativação habitual que experienciava no passado, antes do início da sua terapia, ao deparar-se com este cenário? Indique numa escala de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de ativação e 10 a máxima ativação que possa imaginar.

_____ Nível de Ativação (1)

Q3 1. b) Nesta fase da sua vida, e atendendo à situação concreta e específica que viveu recentemente, qual foi o nível de ativação experienciado, ao deparar-se com o cenário 1? Indique numa escala de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de ativação e 10 a máxima ativação que possa imaginar.

_____ Nível de Ativação (1)

Q4 1. c) Veja-se então agora dentro do cenário 1, tal como lhe aconteceu recentemente, como se estivesse a ocorrer neste momento. Se necessário feche os olhos. Foque a sua atenção nessa situação. Quão ativado(a) se sente ao reviver o cenário 1? Indique numa escala de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de atividade e 10 a máxima atividade que possa imaginar.

_____ Nível de ativação (1)

Q5 Agora pedimos que responda a duas questões relativamente ao cenário 1. As respostas exigirão algum trabalho de reflexão, mas confiamos que será uma oportunidade para perceber as conquistas que poderá ter feito durante o tempo que já frequentou de psicoterapia até ao momento. Posteriormente, deparar-se-á com as mesmas questões relativamente ao cenário 2. Poderá responder apenas a um cenário ou aos dois. Se decidir responder apenas a um ficaremos muito satisfeitos e agradecidos. Ao prosseguir no questionário, utilize os espaços indicados para responder o mais detalhadamente possível. Pode utilizar as questões que estão entre parêntesis como pistas para orientar a sua resposta, caso contrário atente apenas nas questões principais (a negrito) e responda livremente.

Q6 2) Continue a focar a atenção no cenário em que participou, assegurando que o nível de ativação se aproxima o mais possível daquele que viveu na situação.

Ao rever o cenário, permita-se assim revivê-lo em parte e a partir daí descreva-o, o mais pormenorizadamente que conseguir. Escreva por favor no tempo verbal presente como se estivesse a relatá-lo à medida que o revive.

(Qual o tema, os intervenientes, o local, e a data aproximados em que ocorre? Que reações fisiológicas ou sensações lhe surgem? Que emoções o envolvem? Que ideias ou pensamentos lhe passam pela cabeça? O que é que tem vontade de fazer e como age? Caso relevante na situação, como é que os outros reagem ao seu comportamento e como é que se comportam?)

Q7 3) Baseando-se na descrição que fez na questão anterior, reflita agora acerca da forma como poderá estar diferente. Descreva as mudanças subtis ou mais significativas (se existirem) que tenha notado em si, ao lidar com este cenário que acabou de descrever e partilhe a sua satisfação atual com as suas capacidades para lidar com cenários deste tipo. Escreva o mais detalhadamente possível sobre esta experiência.

(Quando, onde ou como nota mudanças, subtis ou mais marcadas, na forma como lidou com este cenário? O que faz, pensa ou sente de diferente? Outras pessoas chamaram a sua atenção para algum novo comportamento que apresenta? Como era antes? Que recursos aplicou neste cenário e que anteriormente não se sentia capaz? Sente mudanças ou capacidades a serem construídas em cima de outras? Algumas das mudanças ocorridas estão relacionadas? Se sim, como? Está satisfeito com as suas capacidades atuais face a cenários como este? Existe algo que gostava que fosse diferente e percebe que ainda não é possível? Como é que isso acontece? Como é que gostaria de reagir, internamente e externamente, no futuro idealizado por si?)

Q8 De seguida voltamos a pedir a sua colaboração para responder ao mesmo conjunto de questões, desta vez relativamente ao segundo cenário que selecionou. Se preferir terminar aqui a sua participação, garantimos que as suas respostas ficarão gravadas e agradecemos a sua disponibilidade e colaboração na nossa investigação. Caso tenha vontade de continuar, poderá prosseguir, não sendo necessário fazê-lo imediatamente após a primeira experiência, pelo que pode abandonar o questionário e voltar mais tarde, ficando as suas primeiras respostas gravadas. Para tal, deverá retomar o questionário no mesmo computador e no mesmo browser (Mozilla Firefox, Google Chrome, Safari, etc.) onde o iniciou da primeira vez. Muito Obrigada pela sua Colaboração!

Q9 1. a) Perante o segundo cenário - cenário 2 - que considerou ter potencial de lhe gerar maior ativação, tensão ou mal-estar, qual era o nível de ativação habitual que experienciava no passado, antes do início da sua terapia, ao deparar-se com este cenário? Indique numa escala de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de ativação e 10 a máxima ativação que possa imaginar.

_____ Nível de ativação (1)

Q10 1. b) Nesta fase da sua vida, e atendendo à situação concreta e específica que viveu recentemente, qual foi o nível de ativação experienciado, ao deparar-se com o cenário 2? Indique numa escala de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de ativação e 10 a máxima ativação que possa imaginar.

_____ Nível de ativação (1)

Q11 1. c) Veja-se então agora dentro do cenário 2, tal como lhe aconteceu recentemente, como se estivesse a ocorrer neste momento. Se necessário feche os olhos. Foque a sua atenção nessa situação. Quão ativado(a) se sente ao reviver o cenário 2? Indique numa escala de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência de atividade e 10 a máxima atividade que possa imaginar.

_____ Nível de ativação (1)

Q12 2) Continue a focar a atenção no cenário em que participou, assegurando que o nível de ativação se aproxima o mais possível daquele que viveu na situação.

Ao rever o cenário, permita-se assim revivê-lo em parte e a partir daí descreva-o, o mais pormenorizadamente que conseguir. Escreva por favor no tempo verbal presente como se estivesse a relatá-lo à medida que o revive.

(Qual o tema, os intervenientes, o local, e a data aproximados em que ocorre? Que reações fisiológicas ou sensações lhe surgem? Que emoções o envolvem? Que ideias ou pensamentos lhe passam pela cabeça? O que é que tem vontade de fazer e como age? Caso relevante na situação, como é que os outros reagem ao seu comportamento e como é que se comportam?)

Q13 3) Baseando-se na descrição que fez na questão anterior, reflita agora acerca da forma como poderá estar diferente. Descreva as mudanças subtis ou mais significativas (se existirem) que tenha notado em si, ao lidar com este cenário que acabou de descrever e partilhe a sua satisfação atual com as suas capacidades para lidar com cenários deste tipo. Escreva o mais detalhadamente possível sobre esta experiência.

(Quando, onde ou como nota mudanças, subtis ou mais marcadas, na forma como lidou com este cenário? O que faz, pensa ou sente de diferente? Outras pessoas chamaram a sua atenção para algum novo comportamento que apresenta? Como era antes? Que recursos aplicou neste cenário e que anteriormente não se sentia capaz? Sente mudanças ou capacidades a serem construídas em cima de outras? Algumas das mudanças ocorridas estão relacionadas? Se sim, como? Está satisfeito com as suas capacidades atuais face a cenários como este? Existe algo que gostava que fosse diferente e percebe que ainda não é possível? Como é que isso acontece? Como é que gostaria de reagir, internamente e externamente, no futuro idealizado por si?)

Q1 Chegou ao fim do questionário.

!Atenção! Para que as suas respostas sejam registadas deverá clicar no ícone » (avançar), que está no canto inferior direito da página. Uma vez que decidir avançar não será possível voltar atrás e fazer alterações.

Avance apenas quando sentir que não quer fazer nenhuma alteração nas suas respostas

Relembro que qualquer questão que lhe surja relativamente à sua participação ou à investigação, incluindo os seus resultados, estarei disponível para esclarecer ou fornecer informação, através do seguinte contato de correio electrónico: patricia.ffmaia@gmail.com.

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo C - Tabela 1: Dados demográficos dos participantes e estatísticas descritivas

Participante	Sexo	Idade	Nacionalidade	Grupo étnico	Situação Conjugal	Nível de Escolaridade	Ocupação Profissional	Experiências de Psicoterapia	Mês e ano de início da atual psicoterapia	Número estimado de sessões	Modalidade	Tipo ou modelo de terapia
Participante 1	M	30	Portuguesa	Caucasiano	Não está numa relação	Ensino Secundário	Militar Reformado	2 experiências (uma 13 meses e uma 4 anos e 6 meses)	0	0		Intervenção na ansiedade e ataques de pânico
Participante 2	F	27	Portuguesa	Caucasiano	Não está numa relação	Ensino Superior	assistente técnica numa EPE	3 experiências (poucos meses)	Ago-14	1	quinzenal	Cognitivo-Comportamental
Participante 3	F	33	Portuguesa	Caucasiano	Não está numa relação	Ensino Superior	apoio técnico de gestão	1 experiência (5 anos)	0		0	Integrativo
Participante 4	F	28	Portuguesa	Caucasiano	Não está numa relação	Ensino Superior	enfermeira	1 experiência (4 sessões)	Abr-13	52	semanal	Individual Cognitivo-Comportamental
Participante 5	F	26	Portuguesa	Caucasiano	Não está numa relação	Ensino Superior	trabalhador-estudante	0	Jan-14	20	semanal	
Participante 6	F	28	Portuguesa	Caucasiano	Não está numa relação	Ensino Superior	Prestador de serviços	0	2005		4 a 5 vezes por ano	0
Participante 7	F	23	Portuguesa	Caucasiano	Não está numa relação	Ensino Superior	estudante	1 experiência (9 meses)	2008	18	quinzenal	0
Participante 8	F	25	Portuguesa	Caucasiano	Não está numa relação	Ensino Superior	Assistente de investigação	2 experiências (uma 4 meses,	Ago-14	7	semanal	0

Participante 9	F	30	Portuguesa	Caucasiano	Está numa relação	Ensino Superior	Técnica de Cinotécnia	e doutoranda em sociologia	uma 1 mês e meio)	0	Fev-13	45	quinzenal	relacional/ experiencial
Participante 10	F	23	Portuguesa	Caucasiano	Está numa relação Não está numa relação	Ensino Superior	estudante		1 (3 anos)	100	Abr-11	100	mensal	0
Participante 11	F	44	Portuguesa	Caucasiano	Está numa relação	Ensino Superior	Professora	administrativa	1 experiência (1 mês)	90	Mar-11	90	quinzenal	0
Participante 12	F	35	Portuguesa	Caucasiano	Está numa relação	Ensino Superior			0	85	Mai-11	85	quinzenal	0
Participante 13	F	32	Portuguesa	Caucasiano	Está numa relação	Ensino Superior	psicóloga		0	280	Out-07	280	semanal	integrativo
Participante 14	F	38	Portuguesa	Caucasiano	Está numa relação	Ensino Superior	psicólogo		2 experiências (uma 6 meses e outra 6 meses)	21	Nov-13	21	variada/atualmente semanal	AEDP
Participante 15	F	27	Portuguesa	Caucasiano	Está numa relação Não está numa relação	Ensino Secundário	administrativa		0	34	Jan-14	34	semanal	0
Participante 16	F	35	Portuguesa	Caucasiano	Está numa relação	Ensino Superior	psicólogo		1	48	Set-13	48	semanal	integrativo
Média	F	30,25								61,62				
Desvio padrão		5,70								72, 90				
Moda	F		Portuguesa	Caucasiano	Não está numa relação	Ensino Superior	estudante-psicóloga		1 experiência				quinzenal	Não sabe

relação

Amplitude	23-44	0 - 3 (duração variável de 4 sessões a 4 anos)	2005 - Ago/14	1 – 280
-----------	-------	--	------------------	---------

Anexo D - Tabela 3: Cenários Ativadores escolhidos pelos participantes, níveis de ativação estatísticas descritivas

Participante	Cenários	Nível de ativação passado	Nível de ativação presente	Nível de ativação emocional no momento	Nível de ativação médio nos dois cenários	Pontos de diferença entre ativação no passado e ativação no presente (diminuição)	Pontos de diferença entre ativação no passado e ativação no presente (aumento)
Participante 1	1. Alguém desvaloriza a sua dor	10	6	5	6,5	4	-
	2. Alguém toma uma decisão sem o consultar	10	10	8		-	-
Participante 2	1. Apercebe-se que andam a falar mal de si nas suas costas	9	9	9	8,5	-	-
	2. Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo	8	8	8		-	-
Participante 3	1. Alguém se zanga consigo sem explicar porquê	9	6	8	8	3	-
	2. Não demonstram interesse na sua opinião	-	-	-	-	-	-
Participante 4	1. Alguém expressa ter ficado magoado consigo	9	8	6	6	1	-

	2. Alguém desvaloriza a sua dor	-	-	-		-	-
Participante 5	1. É o principal responsável num projeto importante	9	8	8	8	1	-
	2. Alguém desvaloriza a sua dor	9	9	8		-	-
Participante 6	1. Alguém desvaloriza a sua dor	8	6	8	7	2	-
	2. Alguém não honra um compromisso estabelecido consigo	6	5	6		1	-
Participante 7	1. Tem um prazo para cumprir e falha-o	3	8	8	8	-	5
	2. Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo	4	8	8		-	4
Participante 8	1. Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo	8	10	7	7	-	2
	2. Alguém próximo afasta-se de si	-	-	-		-	-
Participante 9	1. Deixam-no sozinho quando menos espera	9	6	7	6.5	3	-
	2. Alguém desvaloriza a sua dor	9	5	6		4	-
Participante 10	1. É o principal responsável num projeto	10	6	5	6	4	-

	importante						
	2. Alguém desvaloriza a sua dor	10	4	7		6	-
Participante 11	1. Alguém toma uma decisão sem o consultar	9	5	3	3	4	-
	2. Mentem-lhe	9	5	3		4	-
Participante 12	1. Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo	9	6	4	4	3	-
	2. Alguém toma uma decisão sem o consultar	-	-	-		-	-
Participante 13	1. Alguém se zanga consigo sem explicar porquê	9	2	2	2	7	-
	2. É acusado de não ter feito algo que esperavam de si	-	-	-		-	-
Participante 14	1. Alguém desvaloriza a sua dor	8	5	6	6	3	-
	2. Alguém passa a desconsiderá-lo de um momento para o outro	-	-	-		-	-
Participante 15	1. Não demonstram interesse na sua opinião	8	8	5	4	-	-
	2. Alguém não honra um compromisso estabelecido	8	4	3		4	-

	consigo						
Participante 16	1. Alguém desvaloriza a sua dor	4	9	7	7	-	5
	2. Não recebe apoio de alguém de quem esperava recebê-lo	-	-	-		-	-
Média		8,16	6,64	6,16		3,38	4
Desvio Padrão		1,91	2,06	1, 98		1,69	1,41

Anexo E - Tabela 4: Categorias de *Capacidades já adquiridas* e respetivo número de referências de codificação e número de fontes codificadas

CATEGORIAS DE CAPACIDADES JÁ ADQUIRIDAS	NÚMERO DE REFERÊNCIAS DE CODIFICAÇÃO	NÚMERO DE FONTES CODIFICADAS (PARTICIPANTES)
Atribuição de novos significados à experiência	20	12
Ampliação da consciência da experiência	16	10
Aquisição de novas competências\Eficácia interpessoal\asserção e afirmação de si	10	7
Aquisição de novas competências \regulação emocional\capacidade de moderar a intensidade emocional	9	9
Autoaceitação e autoperdão	9	7
Compromisso e cuidado com o Self	7	6
Remoralização e restauração da esperança	7	6
Aquisição de novas competências \Capacidade de distanciamento	6	4
Autoapreciação e autogratificação	6	5
Aquisição de novas competências \Regulação comportamental	5	4
Tomada de responsabilidade e agência	5	4
Transformação emocional	5	5
Aquisição de novas competências \capacidade de expressão afetiva	4	4
Aquisição de novas competências \Capacidade de parar e abrandar	4	4
Aquisição de novas competências	3	3
Processamento do trauma	3	3
Aquisição de novas competências\confronto com a situação	2	2
Aquisição de novas competências \Regulação comportamental\capacidade de	2	2

avaliação das situações		
Flexibilidade comportamental	2	1
Aquisição de novas competências\Eficácia interpessoal	1	1
Aquisição de novas competências \regulação emocional	1	1

Anexo F - Tabela 5: Categorias de *Capacidades orientadas para o futuro* e respectivo número de referências de codificação e número de fontes codificadas

CATEGORIAS DE CAPACIDADES ORIENTADAS PARA O FUTURO	NÚMERO DE REFERÊNCIAS DE CODIFICAÇÃO	NÚMERO DE FONTES CODIFICADAS (PARTICIPANTES)
Expressão de desejos e necessidades	13	9
Projeção de objetivos terapêuticos\promoção de competências de autorregulação	5	4
Antecipação da experiência	4	3
Projeção de objetivos terapêuticos	4	4
Projeção de objetivos terapêuticos\promoção de competências de relacionamento interpessoal	4	3
Reconhecimento da dificuldade da experiência	4	3
Consciência de alternativas de ação	3	3
Projeção de objetivos terapêuticos\modificação de comportamentos	2	1
Projeção de objetivos terapêuticos\reestruturação de crenças e valência emocional	2	2